



# centres of excellence for WOMEN'S HEALTH RESEARCH BULLETIN

VOLUME 4

NUMBER 2

SPRING 2005

## INSIDE

### OPPORTUNITIES AND CHALLENGES FOR HEALTHY LIVING

- 4 A Healthy Balance: Women's Paid and Unpaid Work in Nova Scotia
- 6 Living Well: Aboriginal Women, Cultural Identity and Wellness
- 8 Minobimadziwin: The Good Life for Aboriginal Women
- 10 The Health Benefits of Physical Activity for Girls and Women

### THE CONTEXT OF HEALTHY LIVING

- 11 Women Working in Small Workplaces
- 13 Health Care Restructuring, Agricultural Reform, and Rural Women's Experiences of Paid and Unpaid Work
- 16 Creating Homes for Healthy Living: A Comparison of Housing Models for Women

### PROMOTING HEALTHY LIVING

- 16 Healthy Living and Aboriginal Women: The Tension Between Hard Evidence and Soft Logic
- 21 Taking Action: Mobilizing Communities to Provide Recreation for Women on Low Incomes
- 23 Better Practices: Promising Approaches to Tobacco Cessation During Pregnancy
- 25 Don't We Count as People? Saskatchewan Social Welfare Policy and Women's Health
- 28 Including Gender in Health Planning

## Envisioning Healthy Living for Women

THE WOMEN'S HEALTH MOVEMENT and three decades of health promotion research and practice have demonstrated that women's health is inextricably linked to the context of women's lives. When it comes to thinking about healthy living for women, it is therefore important to recognize and respond to the social, economic and environmental contexts that shape and constrain individual and community action for health. Women's substance use, physical activity and eating—the focus of renewed attention in light of rising rates of chronic disease—are not merely individual lifestyle choices but patterns of living arising in particular environments, shaped by personal relationships, social norms, economic circumstances and public policies.

This issue of the *Research Bulletin* challenges readers to consider what is required for women to lead healthful lives. The issue begins by observing that for most women, caring activities are a central feature of their lives. A woman's caring responsibilities determine how she spends her day, potentially limiting her time for other pursuits, including leisure, education, community involvement, socializing and paid employment. Caring activities effectively determine the nature of women's economic well-being.

Caring responsibilities mean that women have to balance their paid and unpaid labour. They make choices about how to raise children, care for ill family members, support aging adults and provide physical, emotional and practical support to partners. These choices are affected by the particular household configuration and intimate relations in a woman's life and by the location and nature of a woman's paid work, such as whether she is employed in a small workplace or an industry that is undergoing restructuring. A woman's economic well-being is also affected by other aspects of social security, such as the current level of social assistance benefits, the existence of state-supported child and respite care, and access to social housing.

CONTINUED ON PAGE 3

Return Undeliverable Canadian Addresses to: Publication Mail Agreement #40036219

Canadian Women's Health  
#203-419 Graham Ave  
Winnipeg, MB  
R3C 0M3



3 1761 11554932 1



## CENTRES OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH



British Columbia  
Centre of Excellence  
for Women's Health

**British Columbia  
Centre of Excellence  
for Women's Health**  
BC Women's Hospital  
and Health Centre  
E311 - 4500 Oak Street  
Vancouver, BC  
Canada V6H 3N1  
www.bcewh.bc.ca  
Tel: (604) 875-2633  
Fax: (604) 875-3716  
bcewh@cw.bc.ca

### PRAIRIE WOMEN'S HEALTH CENTRE OF EXCELLENCE

**Prairie Women's Health  
Centre of Excellence**  
56 The Promenade  
Winnipeg, MB  
Canada R3B 3H9  
www.pwhce.ca  
Tel: (204) 982-6630  
Fax: (204) 982-6637  
pwhce@uwinnipeg.ca



National Network on  
Environments and Women's Health  
Réseau pancanadien sur la santé  
des femmes et le milieu

**National Network  
on Environments  
and Women's Health**  
Centre for Health Studies  
York University  
4700 Keele Street  
Suite 214 York Lanes  
Toronto, ON  
Canada M3J 1P3  
www.yorku.ca/nnewh  
Tel: (416) 736-5941  
Fax: (416) 736-5986  
nnewh@yorku.ca



Le Centre d'excellence de l'Atlantique  
pour la santé des femmes  
Atlantic Centre of Excellence  
for Women's Health

**Atlantic Centre of Excellence  
for Women's Health**  
305 - 5475 Spring Garden Road  
Halifax, NS  
Canada B3J 3T2  
www.acewh.dal.ca  
Tel.: (902) 494-7858  
Toll-free: 1-888-658-1112  
Fax: (902) 494-7852  
acewh@dal.ca

## CENTRES OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH

Launched in 1996, the Centres of Excellence for Women's Health and the *Research Bulletin* are funded by Health Canada (Women's Health Contribution Program) and administered by the Bureau of Women's Health and Gender Analysis. Their work is a major component of the Women's Health Strategy. Four centres, each a dynamic partnership of academics, researchers, health care providers and community-based women's and women's health organizations are located in Halifax, Toronto, Winnipeg and Vancouver. The Canadian Women's Health Network (CWHN) is also funded under WHCP to support national networking and communications.

**Centres of Excellence for Women's Health**  
Bureau of Women's Health  
and Gender Analysis  
Health Canada  
Postal Locator 1903C  
3rd Floor  
Jeanne Mance Building  
Tunney's Pasture  
Ottawa, ON Canada K1A 0K9  
Tel: (613) 952-0795 Fax: (613) 941-8592  
cewhp@hc-sc.gc.ca



centres d'excellence  
pour LA SANTÉ DES FEMMES

centres of excellence  
for WOMEN'S HEALTH

## ORDERING

Back issues or additional copies of this issue are available from CWHN.

**Canadian Women's  
Health Network**  
Suite 203

419 Graham Avenue  
Winnipeg, MB  
Canada R3C 0M3  
Tel: (204) 942-5500 Fax: (204) 989-2355  
Information Line (toll free): 1-888-818-9172  
TTY (toll free): 1-866-694-6367  
cwhn@cwhn.ca  
www.cwhn.ca



Canadian Women's  
Health Network

Le Réseau canadien pour  
la santé des femmes

## Want to Subscribe? Let us Know!

The *Research Bulletin* is sent free to individuals and organizations across Canada who have an interest in women's health research. If you wish to subscribe, please contact CWHN. (If you wish to 'unsubscribe', please let us know, too).

## PRODUCTION

**Editor**  
**Assistant Editor**  
**Production Manager**  
**French Translation**

Ann Pederson  
Tasnim Nathoo  
Susan White  
The Masha Krupp  
Translation Group Limited  
Susan White  
Folio Design  
Winnipeg Sun Printing Services

**Proofreader**  
**Design**  
**Printing**

All views published in this bulletin, including the editorial, represent the opinions of the authors and do not necessarily represent the official policy of Health Canada or of the Centres of Excellence for Women's Health.





## ■ The authors collectively demonstrate the need for action on the determinants of health that lie beyond the health care system in order to support women's health and women's lives.

cont'd

Clearly, opportunities for healthful living vary among women according to their particular circumstances. In this vein, several authors in this issue reflect upon what could support healthful living for Aboriginal women. They suggest that it is critical to understand the health disparities confronting Aboriginal peoples in Canada and that part of the solution lies in respect for cultural identity and the appreciation that health entails integration of physical, mental, emotional and spiritual aspects. They call for policies that are meaningful, appropriate and responsive to ameliorate the social and economic conditions that are damaging the health of Aboriginal people. For women, this also means situating their roles as caregivers and health guardians in appropriate cultural and practical contexts when proposing or implementing policies and programs.

Some of the solutions proposed in this issue lie in optimizing the health-enhancing role of the social determinants of health, including housing, social welfare policy and working conditions. Tools like gender-inclusive health planning can be used to tailor policies and programs to the particular realities of girls' and women's lives. Research and program evaluation can support the development of priorities for action, direct program implementation and track the effectiveness of policies and programs over time.

Learning from experience is an important method of supporting women to have healthier lives. A better practices review, for example, suggests that smoking during pregnancy could be reduced through tailoring interventions to particular groups of pregnant smokers and by addressing the stigma that is now associated with smoking. Similarly, supporting women's participation in physical activity requires both individual and community action. Research in British Columbia suggests that action to support recreation for women on low income is more likely to occur when the women themselves participate in a shared partnership with community decision makers.

The vision of healthy living for women described in this issue includes reducing smoking and improving exercise and nutrition, but calls for action on these problems to be appropriately tailored and sensitive to context. Moreover, the authors collectively demonstrate the need for action on the determinants of health that lie beyond the health care system in order to support women's health and women's lives. It is clearly a call to "develop policies and services which are accessible, appropriate, and enhance the ability of women to resist the health-eroding pressures of their daily lives."<sup>1</sup>

### NOTES

1. Daykin N, Naidoo J. Feminist Critiques of Health Promotion. In Bunton R, Nettleton S, Burrows R (Eds.). *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*. London and New York: Routledge, 1995;59-69.

## A Healthy Balance: Women's Paid and Unpaid Work in Nova Scotia

Jacqueline Gahagan, Charlotte Loppie, Laurene Rehman, Dalhousie University, Katherine Side, Mount. St. Vincent University, Marlene MacLellan, Nova Scotia Community College, Atlantic Centre of Excellence for Women's Health and the Nova Scotia Advisory Council on the Status of Women

"Caregiving" is defined as unpaid caring work throughout the life course, including the provision of care to children, teenagers and adults of all ages. Traditionally, research has explored the growth, nature, and economic aspects of caregiving. Consequently, there is a dearth of literature focusing on the psychosocial needs of caregivers and the significance of the age, gender, race/ethnicity, marital status, income and employment status of both the caregiver and the recipient.<sup>1</sup>

### Caregiver Resilience and the Quest for Balance

*A Healthy Balance: A Community Alliance for Health Research on Women's Unpaid Caregiving* was established in 2001. It is funded by CIHR and co-sponsored by the Atlantic Centre of Excellence for Women's Health and the Nova Scotia Advisory Council on the Status of Women. This research project was part of the *Healthy Balance Research Program*. One component was to conduct focus group discussions with caregivers from different communities and caregiving situations across Nova Scotia. The research team conducted 18 focus groups and spoke with 98 women and 9 men aged 17 to 85. Participants also represented a variety of ethnocultural groups, including First Nations peoples (n=15), African Canadians (n=16), whites (n=49), new Canadians (n=13) and other groups (n=14). The average number of years which participants had spent caregiving was ten. The discussion guide for the focus group was developed to gain a better understanding of the relationship between unpaid caregiving, empowerment and health status, to further explicate "best practices" in caregiver policies, programs, and supports, and to gain additional insights into new or innovative approaches to caregiving and health promotion.

The data collected from the focus groups identified both the differences and similarities between various caregiving situations and provided important information about the impact of caregiving on work, family, health and well-being.

The report examines several important aspects of caregiving, including:

- **Who are the Caregivers?** The backgrounds of caregivers, their skills and qualities, gender and race, and the family dynamics within which they provide support.
- **The Additional Work of Unpaid Caregiving:** How participants balance their multiple roles and responsibilities, including advocacy as an important component of caregiving.
- **Who Cares for the Caregiver?** The social implications of accessing caregiver resources within specific family, personal, and social domains.
- **Caring for the Caregiver—Personal and Community Networks:** How caregivers care for themselves, request and receive the support of family, friends, and their communities.
- **Organizational Resources:** The resources available to caregivers, their difficulties in accessing them, and gaps in service.
- **Caregiving Experiences in Equity Reference Group Communities:** The caregiving experiences of Aboriginal women, African Canadian women, immigrants, and women with disabilities.

### The Health Impacts and the Rewards of Caregiving

The following section describes the findings of the study regarding two important facets of caregiving: the effect on health and the rewards of caregiving.

Social, mental, physical, and nutritional health-related concerns were identified by many of the caregivers. Participants' social lives underwent profound changes due to the tremendous additional workload of providing care.



Their social lives were affected as their inability to maintain social networks increased and friendships declined. As one participant said, "What social life?" Overall, the participants concluded that focusing on the care recipient and providing care for them meant that the needs of the caregiver took second place. "The care recipient comes first. You're always trying to protect them, you almost never think of yourself."

The caregivers also experienced a number of emotional, mental or cognitive impacts on their health. Some of these were related to the stress associated with caring and its resultant physical impact upon the body. The majority of the participants experienced work overload in relation to their paid and unpaid work that resulted in stress. Caregiving also affected the physical health of the participants. They frequently identified exhaustion and loss of stamina and strength related to the provision of care. This resulted from both the actual tasks associated with caregiving, such as lifting, household labour, emotional caring, cleaning, and cooking, as well as its repeated ongoing demands. One participant commented, "You might find yourself refusing invitations to things as a result of being too tired."

Part of the health impacts caregivers experienced may have been influenced by their nutrition and diet. Many felt they were eating poorly both in quality and quantity due to time constraints resulting from the multitude of caring responsibilities. As the following caregiver for a person with a disability explained, proper nutrition was not a priority for her. "Sometimes when you finish taking care of everybody else, all you want to do is lay down somewhere and food is way down there at number 23 or something, not a priority." Many of the caregivers felt that they often did not have the time or energy to prepare appropriate or adequate food.

Despite the large number of challenges they faced, participants talked about the rewards of caregiving. It was often the rewards that helped the caregiver negotiate the challenges. Participants described one reward as simply feeling good about themselves, because caregiving enabled caregivers to feel they had contributed something

worthwhile. They also felt that providing care brought a sense of accomplishment. Particularly for the caregivers of children, recognizing the influence they had on their children and the knowledge and skills they were able to instil provided a sense of achievement.

The other predominant reward associated with caring was the education the caregiver obtained, both about the health care system and caregiving and their own emotions. Learning how to access resources within the health care system as well as many of the nursing skills associated with providing care for a person were obtained through daily routines. Participants also described a number of traits such as compassion, patience and understanding that they had developed through their work as caregivers. "It teaches you patience, self-confidence and self-assurance. There's no other way you could get it. Those are the little words for what it is I'm trying to describe. I think probably it has more to do with spirituality, the spiritual side of self-confidence and self-assurance."

This study provides an extensive overview of the diversity of caregiving with its multiple meanings and expressions. As part of a larger program of research that encompasses a survey, secondary data analysis and caregiver portraits, this qualitative study allows for a more comprehensive understanding of the dimensions of caregiving. As a result, health service delivery will reflect new insights into the values and expectations brought to caregiving and paid work.

For a copy of the full report, *Caregiver Resilience and the Quest for Balance: Final Report of the Qualitative (Focus Group) Team*, contact:



Le Centre d'excellence de l'Atlantique  
pour la santé des femmes  
Atlantic Centre of Excellence  
for Women's Health

**Atlantic Centre of Excellence  
for Women's Health**  
305 - 5475 Spring Garden Road  
Halifax, NS  
Canada B3J 3T2  
www.acewh.dal.ca  
Tel.: (902) 494-7858  
Toll-free: 1-888-658-1112  
Fax: (902) 494-7852  
acewh@dal.ca

## NOTES

1. Hoffman MK. Self-Awareness in Family Caregiving. National Family Caregiving Association Report, 2002.

## OPPORTUNITIES AND CHALLENGES FOR HEALTHY LIVING

# Living Well: Aboriginal Women, Cultural Identity and Wellness

Alex Wilson, Prairie Women's Health Centre of Excellence

Traditional understandings of health and wellness in Manitoba's Aboriginal communities are distinctly different from understandings that have conventionally prevailed in most Canadian health care institutions. "Aboriginal concepts of health and healing start from the position that all elements of life and living are interdependent. By extension, well-being flows from balance and harmony among all elements of personal and collective life."<sup>1</sup> Fortunately, an ever-increasing proportion of research, analysis and policy work on Aboriginal health in Manitoba is aware of the inseparability of cultural identity and health and wellness and is attempting to use a more traditional holistic understanding of health and wellness.

This research project, undertaken by the Aboriginal Women's Health Research Committee with support from the Prairie Women's Health Centre of Excellence (PWHCE), seeks to extend our understanding of the positive impact of cultural identity on the wellness of Aboriginal women in Manitoba and the ways in which Aboriginal women have retained and drawn upon cultural values, teachings and knowledge in their efforts to heal themselves, their families, and their communities.

What contributes to the health and well-being of Aboriginal women in Manitoba? And, what has influenced the identity of Aboriginal women? To answer these questions, this study used focus group discussions and interviews to explore cultural identity and wellness in the everyday life experiences and personal understandings of Aboriginal women. The study methodology was guided by principles that reflect the values and beliefs of local Aboriginal communities, including communality of knowledge and reciprocity, the acknowledgement of spiritual connections, relational accountability and holism. The focus group discussions and interviews were conducted in four Manitoba communities: a large urban centre, a First Nations community in Northern Manitoba, a small southern city, and a community relatively

close to several First Nations in Northern Manitoba. The discussions examined several thematic areas, including (a) how women maintained their personal well-being, (b) how they maintained the wellness of their community and (c) how changes to the relationship between wellness and their community could occur. Women were asked: How do you practice well-being in your daily life? What are some ways that you try to be healthy? How is wellness a part of your community? What are some ways that you take care of the wellness of your community? What could your community do to strengthen Aboriginal women? What can we do as Aboriginal women to strengthen our communities?

## Identity and Wellness

The Aboriginal women who participated in this research project took care of their health and wellness by attending to and maintaining balance between all aspects—physical, mental, emotional and spiritual—of their being. They envisioned their own identities and wellness in holistic terms. Women revealed identities that were inseparable from their connections to family, history, community, place and spirituality and were understood in the context of their whole lives. The sense of community identity was strong, rooted in their families, embracing friends, neighbours, peers, colleagues and people with shared experiences and interests, and extending to their individual First Nations groups. The importance of cultural identity was present throughout the focus group discussions and was a part of women's understandings of individual and community wellness.

## The Practice of Personal Well-being

*"Wellness is balance in your life, physical, mental, emotional, spiritual. You always try to balance those things in your life. For example, physically, I'm always putting things into my body that I shouldn't be. I would be certainly out of balance in those other areas also. Or if emotionally or mentally or something wasn't right, I'd be out of balance. For me, I try to balance all the areas. If I'm eating right and getting enough sleep, stuff like that,*



*physically. Spiritually, whether or not you go to church or say your prayers, whatever. And talking to people. To me, wellness starts with yourself, in your interactions or relationships with either your family or your community or nation."*

The women in this study found many ways to take care of their physical, mental, emotional and spiritual wellness. Most of the participants described the ways they took care of their physical bodies, such as eating healthily, adhering to a vegetarian diet or avoiding junk food. Most of the women exercised regularly, taking walks, jogging, swimming or rollerblading. However, taking care of one's physical body required more than careful eating or exercise regimes. One participant stated, "What I've found in my life is that everything is in our bodies. All the pain, all the sorrow and stress is in our physical bodies."

The women who participated in the research had rich spiritual lives. The women emphasized the importance of spirituality, manifested in daily practices such as prayer, smudging or simply an ongoing commitment to extend honour and respect to others. Taking the time to feel their spiritual connection enables the women to refocus, gather confidence, anchor themselves and recollect their identities. For many of the women, the combination of practical and careful attention to all aspects of their being and wellness seemed to have made them unusually able to face challenges and take risks in their lives.

### Contributing to Community Wellness

*"I really feel and see the need for our community to be well, and I think that really begins with each of us. I try to practice that in my own daily life, and I try to emphasize that in the community, too, especially through my work. If I'm able to be with a group of people where I can carry a message, to encourage them to be well and to take care of each other in the workplace and encourage them to do that at home—I do that. I take advantage of each of these opportunities. And I share that with people."*

Participants were asked to describe some of the ways that they take care of the wellness and healing of their communities. For many of the women, responsibility for the well-being of the community started in the home, in their relationships with family and friends. Several of the women felt that one of their most significant contributions to the wellness of their community is to raise their children to be whole and healthy

people, to be "independent people who do not rely on others," "to become stronger people, to understand the power of being themselves, to do whatever they want to do and to know that they don't have to stay in relationships that are unhealthy." Some of the women were also very actively involved with their grandchildren or assisting community members to become whole and healthy people.

The women expressed a tremendous willingness to take responsibility for their own well-being and that of their communities, as well as the hope and expectation that others will be willing to do the same. The women expressed a real awareness of the impact of their own behaviour on the well-being of their community. As one woman said, "If we're not well ourselves, how can we help others? By starting with each of us, I think that's how we can help each other and other people."

### Strengthening Aboriginal Women in their Communities

*"Our traditional roles have been given away or taken—doesn't matter how it happened—but we're not as strong in our communities anymore. Once we were both the life-givers and the decision-makers in our communities—culturally, traditionally, we have to take back that role."*

Participants felt that to strengthen Aboriginal women, individuals and their communities must reclaim and acknowledge the importance of women in traditional cultures. The women emphasized the importance of reclaiming tradition and returning honour and respect to women for the roles they perform in their families and communities. One participant stated that, "If Aboriginal women are going to make an impact or be empowered by their communities, we have to go back to our roots, the basis of our cultures. That will lead us to respect and honour women ... When honour and respect flow in our community, we won't have problems—it will empower everyone."

Participants called for greater representation of women in management and leadership positions. One woman spoke with frustration of how, although effectively her whole community is run by women—with women filling the majority of staff positions, from worker to department head—the top jobs in the community are filled by men. They spoke of the need to encourage women to actively support each other. The women also recognized the need to create more supports

for men, many of whom are now struggling to maintain or recover a sense of their own strength and value; for children, who need and deserve care, protection and guidance; and for elders, who offer wisdom and knowledge derived from their lengthy life experience. With an appreciation that their own well-being is closely linked to that of their communities, the women understood that as their communities assume more control and ownership of their own cultures, both communities and women become stronger and healthier.

## Conclusion

"Living well" for the women in this study required a balance between the physical, emotional, mental and spiritual aspects of a person and community. Women emphasized wellness over illness and described their health and well-being as being

tightly linked to their cultural identities and a range of health determinants. These understandings affirm the importance of moving beyond a scientific approach to health and healing to integrate holistic understandings of and approaches to health into health care practices and policies.

A copy of the full report, *Living Well: Aboriginal Women, Cultural Identity, and Wellness*, can be downloaded at: [www.pwhce.ca/research.htm](http://www.pwhce.ca/research.htm), or contact:



PRAIRIE WOMEN'S HEALTH  
CENTRE OF EXCELLENCE

Prairie Women's Health  
Centre of Excellence  
56 The Promenade  
Winnipeg, MB  
Canada R3B 3H9  
[www.pwhce.ca](http://www.pwhce.ca)  
Tel: (204) 982-6630  
Fax: (204) 982-6637  
[pwhce@uwinnipeg.ca](mailto:pwhce@uwinnipeg.ca)

## NOTES

1. Royal Commission on Aboriginal Peoples. Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Ottawa: Ministry of Supply and Services, 1996.

## OPPORTUNITIES AND CHALLENGES FOR HEALTHY LIVING

# Minobimadziwin: The Good Life for Aboriginal Women

Kim Anderson, Aboriginal Women's Health and Healing Research Group

It has long been established that, on the whole, Aboriginal women in Canada do not enjoy good health. The *Aboriginal Women's Health Research Synthesis Project* of 2001 reported that Aboriginal women are characterized by a health profile one would normally associate with the developing world, citing lower life expectancy rates than the mainstream population, along with higher rates of suicide, substance abuse, spousal violence, incarceration, sexually transmitted diseases, disability and chronic illness.<sup>1</sup> This is the legacy of colonization, lived out through the day-to-day lives of contemporary Aboriginal women. In our efforts to find a way out of this crisis, we need to call upon a broad based understanding of healthy living as our ancestors knew it, and we need to reclaim our identities as Aboriginal women.

Mainstream strategies typically focus on the physical elements of well-being, but as Aboriginal people, we know that this is not

enough. Our elders remind us that good health encompasses not only the physical, but also the mental, emotional and spiritual elements of our being. The Anishnaabe talk about good health, or "the good life" as "minobimadziwin." This state of being is achieved through maintaining a harmony and balance of the mind, body and spirit of the individual, and in being in harmony with all of creation around us.

Few of us can boast that we have achieved this state of well-being; it is a lifelong journey to find such balance. Yet this understanding offers an important framework for our individual struggles towards well-being, as well as in our collective work towards the recovery of our peoples.

The contemporary state of disease among Aboriginal people is grounded in our experiences of oppression and dispossession. Aboriginal women suffer the ill effects of material poverty, but



they also suffer from a poverty that happened when our traditional knowledge, cultures and identities were stripped away from us through aggressive policies of assimilation and cultural genocide. This erasure is a direct cause for all of the appalling statistics about the state of Aboriginal people. The good news is that our experiences have forced us to develop some of the most creative and cutting edge work today in the area of health, healing and recovery.

Most of the healing work we have done has incorporated the genius of our ancestors. This makes sense, for if we have become sick from dispossession, then the only way we are going to get better is to reclaim the cultural, intellectual and spiritual ways that were taken from us. In order to have good health and a good life as Aboriginal people, we have to become secure again with our Aboriginal cultures and selves. If we are alienated from who we are and where we have come from, we experience an intellectual, emotional and spiritual rupture that can make us sick.

I often do community based research and consultation on social and health programming and have learned that the most successful programs are those which are culture based. Whether dealing with diabetes, fetal alcohol syndrome or quitting smoking, clients are most responsive to programs that offer traditional teachings, knowledge and approaches. For example, if we are doing diabetes prevention, we can talk about traditional foods, and how Aboriginal people understood and practiced healthy eating in the past. Children with fetal alcohol syndrome can benefit greatly from traditional medicines and re-establishing their relationship with the land. Quitting smoking can involve traditional teachings about the appropriate use of tobacco.

My personal contribution to the betterment of Aboriginal women's health has been to write and teach about Aboriginal female identity. This work started when I was a Master's student, doing research that documented the generally dire conditions of Native women. After listening to the stories of women who had suffered untold abuses, I needed to find some sense of hope. I needed a vision of a healthy Aboriginal

female population, and of women who were well situated in their communities and the Canadian society at large.

When it came time to write my Master's thesis, I decided to map out the path to a positive Aboriginal female identity and experience by interviewing Aboriginal women across Canada. I sought out leaders, educators, artists, activists and community workers and asked them how they had come to a positive sense of themselves *as Aboriginal women*, in spite of all the obstacles they had surely encountered. I eventually wrote a book out of this thesis,<sup>2</sup> demonstrating that Aboriginal women arrive at a place of health and balance by engaging in a process of resistance, cultural reclamation and reconstruction of our traditional ways to fit a modern existence. This identity building process also includes a stage in which women bring their strength and power to use by acting on a sense of responsibility to community. The process of resist, reclaim, construct and act thus allows us to fulfill our responsibilities to ourselves, our families, communities, nations and all of creation, for we know that the good health of others and of our mother earth is connected to our individual states of well-being, and vice-versa. This is truly healthy living.

Over the years, there have been many Aboriginal women who have taught me invaluable lessons about the journey towards well-being, the good life, or *minobimadziwin*. I see it as my responsibility to share this knowledge with others. I am hopeful that one day, we will see health statistics on Aboriginal women that demonstrate the power of our commitment to healing and wellness, and the truth of our vision. *Hai hai!*

*Kim Anderson (Cree/Métis) is a planning committee member of the Aboriginal Women's Health and Healing Research Group, a body that is committed to research, policy development and action on Aboriginal women's health and healing through the establishment of a Centre of Excellence for Aboriginal Women's Health and Healing. Kim is the author of A Recognition of Being: Reconstructing Native Womanhood and the co-editor (with Bonita Lawrence) of Strong Women Stories: Native Vision and Community Survival.*

## NOTES

1. Dion Stout M, Kipling GD, Stout R. Aboriginal Women's Health Research Synthesis Project, Final Report. Winnipeg: Centres of Excellence for Women's Health, 2001.
2. Anderson K. *A Recognition of Being: Reconstructing Native Womanhood*. Toronto: Sumach Press, 2000.

## OPPORTUNITIES AND CHALLENGES FOR HEALTHY LIVING

# The Health Benefits of Physical Activity for Girls and Women

Colleen Reid, Lesley Dyck, Heather McKay and Wendy Frisby, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health

Research has clearly demonstrated many positive health benefits of regular physical activity. However, research in this area has tended to emphasize the importance of physical activity from a sport, exercise and recreation perspective and has not fully explored the implications of physical activity for disease prevention, management and rehabilitation. These gaps are particularly relevant in understanding girls' and women's physical activity.

In an attempt to integrate what is known about the health benefits of physical activity for girls and women, a multi-disciplinary team of 12 researchers and an advisory committee with representation from government and non-governmental health and advocacy organizations worked together with the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health to gather relevant information regarding the health benefits and risks of physical activity for girls and women. This report tackled the complex relationship between health and physical activity in the context of girls' and women's lives through a multi-disciplinary and holistic approach and addressed the following areas:

- psychosocial health and well-being
- body image and self-esteem
- eating disorders
- smoking cessation and drug rehabilitation
- cardiovascular disease and hypertension
- osteoporosis
- estrogen-related cancers
- menopausal symptoms
- fibromyalgia and chronic fatigue syndrome

*The Health Benefits of Physical Activity for Girls and Women: Literature Review and Recommendations for Future Research and Policy* is a multi-disciplinary portrayal of what is known about the benefits and risks of physical activity and inactivity for the

health status of girls and women. By making linkages between some of the most prevalent health issues facing girls and women today, the study demonstrates the possibilities and potential for inter-disciplinary research. For example, research has demonstrated ten times more women than men experience eating disorders and almost three times as many women than men use smoking as a way to control their weight. If a girl or woman maintains an unhealthy body weight through restricted caloric intake or by suppressing her appetite by smoking, she is at far greater risk for poor bone mineral density and osteoporosis. As well, coronary heart disease, a leading cause of death for older women, has been indisputably linked to smoking tobacco. This multi-disciplinary analysis demonstrates that osteoporosis and heart disease are linked to body image and self-esteem and suggests the need to address body image issues as a way of preventing these diseases.

In each of the health issues examined, the findings emphasize the importance of considering the relationship between the various types and contexts of physical activity and health status, and its relationship to girls and women's diversity. The report also identifies future research strategies and policy implications to support and improve the health and well-being of girls and women.

A copy of the full report, *The Health Benefits of Physical Activity for Girls and Women: Literature Review and Recommendations for Future Research and Policy*, can be downloaded at: [www.bcccewh.bc.ca/Pages/pubspdflist4.htm](http://www.bcccewh.bc.ca/Pages/pubspdflist4.htm), or contact:



British Columbia  
Centre of Excellence  
for Women's Health

**British Columbia Centre of  
Excellence for Women's Health**  
BC Women's Hospital  
and Health Centre  
E311-4500 Oak Street  
Vancouver, BC Canada V6H 3N1  
[www.bcccewh.bc.ca](http://www.bcccewh.bc.ca)  
Tel: (604) 875-2633  
Fax: (604) 875-3716  
[bcccewh@cw.bc.ca](mailto:bcccewh@cw.bc.ca)



## THE CONTEXT OF HEALTHY LIVING

## Women Working in Small Workplaces

Agnieszka Kosny, Institute for Work and Health, Department of  
Public Health Sciences and National Network on Environments and Women's Health

One-third of Canadians are employed in workplaces with fewer than 20 employees. A 1996 report found that over 90% of businesses in Atlantic Canada were small workplaces.<sup>1</sup> With the encouragement of the provincial and local governments, small businesses are growing in the region and an increasing number of women are working in small workplaces. Most research on women's occupational health in Newfoundland has focused on women in the fisheries industry and we know very little about women's experiences in small workplaces or their work conditions. As well, when compared to larger companies, small workplaces have higher rates of injury and ill-health and often offer low pay, few benefits and job instability.<sup>2</sup>

This study was undertaken to explore women's experiences in small workplaces in Newfoundland. In addition to examining how working in a small workplace affects women's health and well-being, we also wanted to explore women's perceptions of how the economic climate in Newfoundland affected the quality of their work life. We held nine focus groups in five communities across Newfoundland with a total of 60 women. In the focus groups, women were asked to describe their experiences in small workplaces in Newfoundland over the past 10 years. Women described the factors they perceived to influence their health, how their health and the health of their family connected to their paid work, and discussed different elements of their small workplace experiences (e.g., work load, policies and rules and physical environment). The participants ranged in age from 19 to 59 and had different levels of formal education. Twenty-four women were childless and 36 women had at least one child.

The participants highlighted many factors related to their work and the workplace that affected health and well-being. Four broad areas of discussion emerged from women's descriptions of their experiences in small workplaces: the social organization of small workplaces, physical work environment, work relationships and the economic climate.

### The Social Organization of Small Workplaces

Workplace organization affects hours of work, schedules, places of work and the kinds of tasks employees do. Women in this study described how the organization of small workplaces often created instability and insecurity and how most small workplaces had many commonalities in terms of unstable schedules, lack of job security, and lack of control over type and amount of work. A major concern for women was the instability of their work schedule. Many employers only gave a few hours notice when a schedule was changed. In some cases, employees did not have a schedule and women were called in when it was busy or sent home when it was not.

Employees in small workplaces often work alone and several women in this study described their experiences of loneliness and isolation and concerns regarding their safety. Women described how working alone often meant they did not have the opportunity to take a break or use the washroom.

Participants also described the challenges of taking time off in small workplaces. The women often did not have paid sick days and were reluctant to take time off for illness as it meant they would have extra work when they returned. In some situations, women felt pressure from their employer to work extra hours, while in other cases, women worked long hours in order to make ends meet on their low salaries. Women described how unpredictable schedules negatively affected family life and created problems with child care. Shift work, long hours or irregular hours resulted in sleep disturbances and insomnia for several of the women.

Generally, women in this study found that they did not have the opportunity to give input into the type of work they did or their working conditions. However, women identified non-profit organizations or community-based organizations as an exception to this pattern. Women working in these organizations found their work to be rewarding and found that these jobs tended to be more flexible. They also experienced different challenges, especially when an organization was

suffering financially. They described how they often felt compelled to work, as there was a clear need for the work to be done in the community, or felt pressured to take on extra responsibilities outside of their job description.

## Physical Work Environment

The physical environment that women worked in depended greatly on the type of work that women did. Women described a range of challenges and hazards they had experienced in their workplaces. They described a lack of control over heat, cold and air quality. Many women were exposed to second-hand smoke or experienced watery eyes, dry skin, headaches and coughing as a result of their work environment. Women also reported ergonomic stressors in their work environment that resulted in temporary discomfort or, in some cases, in lasting muscular damage requiring a brace or physiotherapy. Injuries resulting from inappropriately sized equipment or workstations, standing in one place for long periods of time without appropriate breaks and repetitive strain injuries were common in women's stories.

Women in the study described a range of factors they felt contributed to their poor physical surroundings, including not enough financial resources, lack of concern about safety, lack of awareness of the problems and a lack of managerial skills to address acknowledged problems. Many of the women felt that working in a small workplace entailed working in hazardous conditions. One woman commented, "When you work with a non-profit organization [as compared] to working with a big company who has got bucks deluxe, you can totally see the difference in your physical workplace."

## Work Relationships

Co-worker relationships were mentioned in all of the groups as an important factor in their workplace environment. Several participants found that the small workplace environment allowed positive, close-knit relationships with employees to develop and this alleviated stress. However, conflict between co-workers was described as being "magnified" in small workplaces. "When there is an interpersonal problem, if you're in a small workplace, it's magnified; where, in a bigger workplace, it's sometimes even a non-issue or you have other people to discuss the problem with. When there's only two or three of you there and if the supervisor is being unreasonable...it's very difficult to deal with the issue and it's always right in your face—always." Interacting with co-

workers was unavoidable in a small environment and a lack of physical space often intensified the conflict. In these cases, co-workers became a major source of stress.

In the focus groups, several women reported not being aware of their rights as employees. In some cases when employees knew their rights were being violated, women experienced difficulties in "speaking up" against unfair practices. Women in this study reported fears of losing their job and felt their employers reminded them of how easily replaceable they were.

## Economic Climate

Many women made links between the socio-economic environment in their communities and the quality of their work. Job insecurity was a major concern for the women, especially for women living outside of St. John's. The women described the challenges of finding work in the community where they lived. Women in communities outside of St. John's reported driving long distances to get to work and all of the women in the study would have preferred to work closer to home.

Small businesses often went through frequent economic shifts depending on the time of year and these changes influenced the number of employees hired, the number of shifts employees had, how often employees worked and their earnings. Several women described how high unemployment rates in Newfoundland affected their job stability. "...Because of the unemployment rate in Newfoundland, I've noticed the last few years...that nobody will speak up because there's so many [people] out of work... There have been cases where your employer has said, 'We got 300 applications for your job. You're kind of lucky to get it.'"

## Discussion

The quality of women's work environment is strongly related to the employer and type of workplace. However, this study raised several areas of concern around working in small workplaces, including the inadequacy of the physical workplace and a lack of workplace structure and job stability. This study contributes to our understanding of the relationship between the work environment and women's mental and physical well-being. Although women in this study did raise concerns specific to women working in small workplaces (e.g., lack of recognition for unpaid work, safety, different employer expectations for men versus women and descriptions of working in highly sexualized environments such as bars and



restaurants), resource limitations prevented us from fully exploring these areas and should be the focus of future research. While the women identified the influence of the economic climate on their ability to find quality employment, women also identified numerous challenges to speaking out about their concerns or initiating changes in the workplace. The findings of this study have policy implications, especially in the areas of labour standards development, adherence to the Occupational Health and Safety Act and EI regulations.

A copy of the full report, *Trying to Work It Out: Newfoundland Women's Experiences in Small Workplaces*, can be downloaded at: [www.yorku.ca/nnewh/netPubs\\_reports.htm](http://www.yorku.ca/nnewh/netPubs_reports.htm), or contact:



National Network on  
Environments and Women's Health  
Réseau pancanadien sur la santé  
des femmes et le milieu

National Network on Environments  
and Women's Health  
Centre for Health Studies  
York University  
4700 Keele Street  
Suite 214 York Lanes  
Toronto, ON Canada M3J 1P3  
[www.yorku.ca/nnewh](http://www.yorku.ca/nnewh)  
Tel: (416) 736-5941  
Fax: (416) 736-5986  
[nnewh@yorku.ca](mailto:nnewh@yorku.ca)

## NOTES

1. Atlantic Canada Opportunities Agency. The State of Small Business and Entrepreneurship in Atlantic Canada, 1996. Moncton: ACOA, 1996.
2. Eakin J. The Health and Safety of Women in Small Workplaces. In Messing K, Neis B and Dumais L (Eds.). *Invisible: Issues in Women's Occupational Health*. Charlottetown: Gynergy Books, 1995.

## THE CONTEXT OF HEALTHY LIVING

# Health Care Restructuring, Agricultural Reform, and Rural Women's Experiences of Paid and Unpaid Work

D. Lynn Skillen, Faculty of Nursing, University of Alberta, Barbara Heather, Grant MacEwan College and Jennifer Young, Red Deer College

With the majority of Canadian women in the labour force, paid work is a fundamental feature of women's lives. Most employed women also perform unpaid work in the form of caring for family members and performing household tasks. In rural communities, many women also perform unpaid farm work. This study examined women's experiences of paid and unpaid work in the context of restructuring within two key economic sectors in rural Alberta: agriculture and health care.

Global economic changes, international competition, government debt, cutbacks, downsizing and outsourcing are features of restructuring in both the public and private sectors. Whereas farming and rural communities have been profoundly changed by specialization, mechanization, grain prices, biotechnology and changes in marketing and transport,<sup>1</sup> they have also experienced the effects of health care restructuring, particularly regionalization and the

resultant changes in the organization and management of health care services.<sup>2</sup>

This descriptive study explored women's accounts of their lives after restructuring in the health care and agricultural sectors. The researchers conducted semi-structured interviews (n=34) with farm women, public health nurses, and home care nurses in four southern, central and northern Alberta health regions. Eighteen women worked in both farming and nursing or other health-related work such as physiotherapy or continuing care. The other 16 women worked in either farming or nursing. Seven focus groups with 56 women were conducted in a second stage of the study with women in similar occupational groupings. Thematic analysis of all the data led to the identification of three themes in the accounts of these rural women: being strong, maintaining values, and struggling for control and balance.

"Being strong" captured women's experiences of living with uncertainty, working endlessly, dealing with loss and drawing on personal resources. "Maintaining values" referred to women's sense of being a "good" woman, valuing rural life and community, making a contribution and wanting recognition for that contribution. Finally, "struggling for control and balance" described women's efforts to maintain their health in the face of multiple demands. Few women described themselves as achieving such balance, most felt that they had to "just cope and go on."

It was clear in this study that both farming and health care were importance contributors to the local economy in these regions. Restructuring, in both agriculture and health care over the last ten years, was reported by the women as having a range of impacts that affected their decision-making abilities, the organization of paid and unpaid work and their feelings about their quality of life. The following sections describe some of women's experiences with restructuring.

### The Impact of Health Care Restructuring

In 1994, Alberta's health care system underwent a process of regionalization that placed health decision-making in seventeen health regions. This radically altered the way health care services were managed. Restructuring brought closure of many rural hospitals, downsizing, reduced accessibility to health care services, and increased care burdens for family members. Many health care professionals left the profession or the province in search of employment in other areas, leaving behind overworked and stressed colleagues to deliver services.<sup>3</sup>

As a result of the changes in the structuring of health care, the nurses in this study felt they were challenged to provide the desired care with reduced and altered resources. Both public health nurses and home care nurses in this study were concerned about having less time and staff to deliver quality care. Budget cuts meant doing more with less. They were also concerned about the lack of focus on health promotion and prevention. "We've regionalized but they haven't really put money into the things that they talk about, like health promotion and prevention." The nurses lamented the loss of "holistic practice," the constant change and the "add-ons."

Moreover, the nurses in this study described rural life for nurses. One public health nurse commented that nurses in rural

communities "go into their evenings, they miss their breaks, they miss their lunches because their clients are their priority... they live in the community, these are the people they live with, these are their neighbours...it creates a whole different feeling about your job." In rural life, personal and professional boundaries are blurred. In rural communities, residents do not hesitate to call a nurse at home in the evening and on weekends nor do they hesitate to request advice when a nurse in the community is attending community functions or shopping for her family. As a rural public health nurse or home care nurse, "You're always on." Although the demands on some of the nurses were great, they valued their connection to their communities, and the trust that community members placed in them.

However, the nurses in this study commented on how taking care of their own health was complicated by reduced accessibility to health services. This occurred when the retention of physicians became an issue, when they had to seek attention from a colleague-physician, or when they needed to seek help for themselves with the risk that others in the community would know. As well, the challenges of everyday work affected their health. One public health nurse commented, "Sometimes the stresses every day change the wellness model that I have in my head."

### The Impact of Agricultural Restructuring

Farming and rural communities in Alberta and elsewhere in Canada have been profoundly affected by specialization, biotechnology and major change in marketing and transportation. Global economic changes, international competition, government debt, cutbacks, downsizing and outsourcing have all played a role in the restructuring of public and private sectors. These external forces have placed decision-making power beyond the boundaries of geographic and cultural communities.<sup>4</sup>

Women in the study described this uncertainty in their lives. "The only thing we can be sure of is that nothing will stay the same" and "sometimes change seems to happen for no good reason." The women described financial, meteorological and organizational uncertainty. For some, financial uncertainty referred to reduced income on farms. Women described how costs had increased, product prices had fallen, and government regulations had increased taxes and charges for freight. When grain elevators were closed, it meant having to drive further to



deliver grain, which increased fuel costs. "Without my wages, we would be on welfare, I know that," said one woman. Another study participant stated, "Self-confidence and worth get chipped away seeing friends having to sell farms and wondering, when is it my turn?"

The women described many losses in their lives as a result of changes in their communities. Losses included losing all or part of a farm, contact with nurse colleagues, neighbours or community, and access to experts and services. Other reported losses were reductions in income, and the disbandment of women's organizations. "The day of the auction sale, I hid in the house...I didn't want to be outside seeing all the stuff we had gathered...be sold and basically given away....I didn't realize how much of my identity was tied up in farming."

Some women had very little information about the reasons for restructuring and about the process of decision-making. Participants thought that more information would increase their input and ability to cope with change, yet the daily demands of managing their paid and unpaid work left them with little time to seek information. As well, many women felt distanced from policy makers and government.

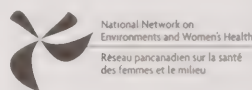
## Double Impact?

Women in this study experienced restructuring in different ways, some positive and some negative. One of the unique features of this study was the inclusion of both the providers and recipients of health care. As a result, the research was able to capture more comprehensive reports of the impact of restructuring on work

and health in rural life. In this study, it became apparent that the boundaries between home, community, and work blurred considerably for rural women. For example, work income was used to pay farm bills or buy essentials for the home; while attending community events, nurses were expected to provide care or would be approached for advice about health problems.

This study captured the voices of rural Alberta women and their experiences of sectoral changes related to farming and health care. However, the double impact of restructuring on rural women needs to be further explored to better understand how restructuring directly affects women's work and health and how it indirectly affects women through their families and communities. This study also documents changing networks in rural communities and highlights the need for the development of mechanisms to allow for meaningful dialogue between policy makers and rural women.

A copy of the full report, *Reflections of Rural Alberta Women: Work, Health, and Restructuring*, can be downloaded at: [www.yorku.ca/nnewh/netPubs\\_reports.htm](http://www.yorku.ca/nnewh/netPubs_reports.htm), or contact:



National Network on  
Environments and Women's Health  
Réseau pancanadien sur la santé  
des femmes et le milieu

## National Network on Environments and Women's Health

Centre for Health Studies  
York University  
4700 Keele Street  
Suite 214 York Lanes  
Toronto, ON Canada M3J 1P3  
[www.yorku.ca/nnewh](http://www.yorku.ca/nnewh)  
Tel: (416) 736-5941  
Fax: (416) 736-5986  
[nnewh@yorku.ca](mailto:nnewh@yorku.ca)

## NOTES

1. Hay DA. Rural Canada in Transition: Trends and Developments. In Hay DA and Basran GS (Eds.). *Rural Sociology in Canada*, Toronto: Oxford University Press, 1992;16-35. Keating NC. The Future of the Family Farm in Agricultural Communities. In Martin J (Ed.). *Alternative Futures for Prairie Agricultural Communities*. Edmonton: University of Alberta Printing Services, 1991;53-83.
2. Landesman A. Restructuring hospitals, restructuring nursing. *The Canadian Nurse* 1996;92:27-30. Skillen, DL. Nurses' Work Hazards in Public Health Units. In Messing K, Neis B & Dumais L (Eds.). *Invisible: Issues in Women's Occupational Health*. Charlottetown: Gynergy Press, 1995;150-73.
3. Hay, 1992. Keating, 1991.
4. Landesman, 1996. Skillen, 1995.

## THE CONTEXT OF HEALTHY LIVING

## Creating Homes for Healthy Living: A Comparison of Housing Models for Women

Molly McCracken, Prairie Women's Health Centre of Excellence, and Gail Watson, Women's Health Clinic

Mounting evidence shows that women with low incomes have acute housing needs, are at greater risk of living in unsafe and unhealthy environments and require specific supports to achieve stable and affordable housing. Over the past several years, researchers at the Prairie Women's Centre of Excellence have been investigating the effects of changing housing policies on the health of women. One of the key findings from this research is the importance of developing housing models in consultation with women living in poverty.

In a report entitled *Women Need Safe, Stable, and Affordable Housing: a study of social, private and co-op housing in Winnipeg*, researchers from the Prairie Women's Centre of Excellence and the Women's Health Clinic explore women's experiences with social, private and co-op housing in Winnipeg. Through a series of focus groups with low-income women, this study explores women's experiences with different housing models. The study identified safety, affordability and suitability as important elements of housing for women and the need for housing policy that reflects these priorities.

The report investigates the intersections among housing, poverty and health and describes how inadequate housing prevents women from addressing their other health concerns. In addition to describing the findings of the research study, the report also provides an overview of housing policies in Canada and presents policy recommendations for creating housing models that reflect the needs of women living in poverty. In particular, the study describes cooperative housing as a model that may provide promise for assisting women with low incomes to gain skills and to improve their health and economic status.

A copy of the full report, *Women Need Safe, Stable, Affordable Housing: a study of social, private, and co-op housing in Winnipeg*, can be downloaded at: [www.pwhce.ca/research.htm](http://www.pwhce.ca/research.htm), or contact:



**Prairie Women's Health  
Centre of Excellence**  
56 The Promenade  
Winnipeg, MB  
Canada R3B 3H9  
[www.pwhce.ca](http://www.pwhce.ca)  
Tel: (204) 982-6630  
Fax: (204) 982-6637  
[pwhce@uwinnipeg.ca](mailto:pwhce@uwinnipeg.ca)

## PROMOTING HEALTHY LIVING

## Healthy Living and Aboriginal Women: The Tension between Hard Evidence and Soft Logic

Madeleine Dion Stout, Aboriginal Women's Health and Healing Research Group

Two narratives define Aboriginal women and healthy living: hard evidence documents our poor health status while soft logic passes us off as primary health guardians. Understanding this tension requires an insight into the health and social disparities we experience and a description of the linkages between these realities and healthy living policies. Key demographics, biological indicators, lifestyle behavioural issues and social conditions that aggravate Aboriginal women's health have to be weighed against the

totality of our environments and our desire and potential to contribute as health guardians. Ultimately, "healthy living" for Aboriginal women depends, to a great extent, on meaningful, appropriate and responsive policies.

### Hard Evidence: Aboriginal Women's Health Status

In 1996, there were about 408,100 Aboriginal women in Canada out of a total Aboriginal population of 799,000. Roughly 66% of these women self-identified as North



American Indian, 25% as Métis, 5% as Inuit and 3% as belonging to more than one group. In absolute terms, Ontario and British Columbia had the largest populations of Aboriginal women (73,725 and 71,455 respectively). Meanwhile, Aboriginal women made up the greatest share of the general female population in three territories and two provinces: Nunavut (86%), Northwest Territories (50%), Yukon (22%), Manitoba (12%), and Saskatchewan (12%). The number of Aboriginal people over 65 years is growing three times faster than any other age group. It is also important to point out that in 1996, Aboriginal women aged 65 and over made up 54% of all Aboriginal seniors even though proportionally to youth, fewer Aboriginal women were seniors.<sup>1</sup>

Recent data from Canadian Population Health Initiative (CPHI) demonstrate that Aboriginal Peoples are the unhealthiest group in Canada.<sup>2</sup> Aboriginal women, however, are experiencing a disproportionate burden of ill-health compared to Aboriginal men and other Canadian women. For example, diabetes among First Nations and Inuit men is reported to be 3 times the rate for all Canadian men; for First Nations and Inuit women, however, the diabetes rate is 5 times the rate for all Canadian women.<sup>3</sup> Compared to about 4% in the general population, 40% of First Nations women have gestational diabetes.<sup>4</sup> One study revealed that rates of gestational diabetes increased with maternal age such that there was a 46.9% prevalence rate in women who were over 35 years old.<sup>5</sup>

On the eve of International Women's Day this year, the Canadian Aboriginal AIDS Network issued a press release with bleak statistics on Aboriginal women and HIV and AIDS:

In Canada, Aboriginal people are significantly over-represented for both HIV/AIDS, seeing an estimated 91% increase (1,430 to 2,740) during a 3 year period between 1996-1999 alone for HIV infections. AIDS cases among Aboriginal women are almost 3 times higher than non-Aboriginal women (23.1% versus 8.2%). Various social, economic and behavioral issues are believed to be influencing this health concern. In addition, Aboriginal women can experience a triple layer of marginalization,

based on gender, race and HIV status. With injection drug use accounting for two-thirds of the new HIV infections among Aboriginal populations, Aboriginal women face further challenges. AIDS figures reveal that injection drug use as a risk factor is 6 times more common among Aboriginal women than their counterparts (35.9% versus 6.3%).<sup>6</sup>

As for reproductive patterns, 55% of Aboriginal mothers are under 25 years of age and 9% are under 18 years of age. Among non-Aboriginal mothers, roughly 28% are less than 25 years old and only 1% are under 18 years of age.<sup>7</sup> Given the relative youthfulness of Aboriginal women, they have a

■ The root causes of obesity, physical inactivity and poor nutrition among Aboriginal women transcend policies and action that are often fractured and exclusive to health.

higher fertility rate than non-Aboriginal women and larger families.<sup>8</sup> The Canadian Population Health Initiative reports "...chlamydia rates are higher in Nunavut than for First Nations on-reserve and the prevalence among these two populations is 6 times higher than the prevalence in the all-Canadian population." As well, more Aboriginal women are dying from cervical cancer than non-Aboriginal women with the mortality rate of First Nations women in British Columbia being six times that of non-First Nations women.<sup>9</sup> Likewise, Inuit women in Nunavik have three times the rate of cervical cancer than the general population.<sup>10</sup>

Clearly, Aboriginal women have serious sexual and reproductive health problems. In addition, our health challenges are particularly relevant to the discussions in the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy.

For example, Aboriginal women face a high risk of obesity. In 1999, a study in Northern Ontario deemed 60% of adult First Nations women obese. Research on adult Cree and Ojibwa Indians living in Northern Canada found a high proportion of overweight in all age and sex groups, with almost 90% of women ages 45-54 having a body mass index (BMI) of at least 26. According to Health Canada, BMI levels between 25 and 27 may lead to health problems in some people. First Nations and Labrador Inuit women are more likely to report chronic diseases like arthritis, hypertension and heart problems. First Nations women are more likely to die from ischemic heart disease and stroke, at a rate which is much higher than that of non-Aboriginal Canadian women.<sup>11</sup> From all accounts, most Aboriginal women have experienced domestic violence.<sup>12</sup> Inuit women are particularly hard hit by environmental hazards according to the CPHI:

In 2003 Inuit mothers had levels of oxychlordane and trans-nonachlor pesticides that were 6-12 times higher than those in Caucasians, Dene (First Nations) and Métis or other ethnicities. Inuit mothers have markedly higher levels of mercury in their blood than other ethnic groups. Inuit mothers have higher levels of polychlorinated biphenyls than Caucasian, Dene (First Nations) and Métis mothers.<sup>13</sup>

Injuries, poisonings and suicides exact a heavy toll in Aboriginal communities. The Report of the Advisory Group on Suicide Prevention<sup>14</sup> revealed that youth suicide rates in First Nations differ by gender, with young men committing suicide more often than young women, but that native young women are eight times more likely to commit suicide than their non-Aboriginal cohort.

A review of our social circumstances brings into sharper relief the multiple health burdens of Aboriginal women. Naomi Adelson, in a report from an International Think Tank on Reducing Health Disparities and Promoting Equity for Vulnerable Populations held in September 2003, observed that Aboriginal women are at a particular disadvantage as:

the colonial legacy of subordination of Aboriginal people has resulted in a multiple jeopardy for Aboriginal women who face individual and institutional discrimination, and disadvantages on the basis of race, gender and class.<sup>15</sup>

In 1996, while Aboriginal women fared poorly in educational attainment compared to non-Aboriginal women, we were slightly more likely to have a university degree than Aboriginal men, 3% of whom have completed university. Also Aboriginal women were less likely to be employed, let alone full time, than Aboriginal men. Notably, we were twice as likely to be employed in low-paying occupations than Aboriginal men and almost twice as likely as Aboriginal men to be employed as professionals: 22% versus 12%.<sup>16</sup> Statistics Canada reported that Aboriginal women are less likely than

■ **Aboriginal women are critical players in the health development of our communities whether we are taking care of families, maintaining cultures, conducting research or assuming leadership roles—all this in spite of our poor health prospects.**



non-Aboriginal women to be living in husband-wife families, are twice as likely to be living in common-law relationships and are more likely to be lone parents. In 1996 only 3% of Aboriginal men were lone parents.

Violence is a particular problem for Aboriginal women. For example, an initiative concerning Missing Women, the Sisters in Spirit Campaign, was launched in March 22, 2004

"to draw attention to the tragedy of 500 missing Aboriginal women in Canada and to the travesty that there is so little awareness of this. Here in BC, 32 women have gone missing from the Highway of Tears between Prince Rupert and Prince George. Over the past 20 years, approximately 500 Aboriginal women have gone missing in communities across Canada. Yet government, the media, and Canadian society continue to remain silent. In Vancouver, more than 50 women went missing in that city's Downtown Eastside. Sixty percent were Aboriginal, and most were young. These were poor women involved in the sex trade. They struggled with drugs and alcohol. Some suffered from the effects of Fetal Alcohol Syndrome and many were victims of childhood sexual abuse. Every one of them grew up in a foster home. In other words, their lives bore all of the markings of the violence of colonization."<sup>17</sup>

Aboriginal women are reacting angrily about the politics of justice in Canada or more fittingly, the lack of justice in politics. Similarly, a recent publication from the National Aboriginal Health Organization (NAHO) criticises current policies that focus on changing individual lifestyle behaviours rather than dealing with historically determined power relations that have adversely affected the health of Aboriginal peoples. Myriad studies show that obesity, smoking and physical inactivity have a lesser impact on health status than income and education.<sup>18</sup>

### **Soft Logic: Aboriginal Women as Health Guardians**

Aboriginal women are critical players in the health development of our communities whether we are taking care of families, maintaining cultures, conducting research or

assuming leadership roles—all this in spite of our poor health prospects. Aboriginal women view health holistically and view social and cultural conditions as integral to the health of our communities. For example, childbirth in the North and midwifery in Inuit communities go hand-in-hand and are the heart of women working to keep culture alive and well.

As was suggested earlier, there is a link between the poor health of Aboriginal women and the health stewardship roles we play in the health of Aboriginal communities, yet only soft logic tries to locate this link and the immediate and intermediate health outcomes that arise from it. It is important to press hard evidence into service here for the following reasons. First, it recognizes a different context for healthy living policies where Aboriginal women are concerned, given poor health and often deadly health determinants that impact on them. Second, it re-orientes healthy living policies towards an emphasis on the positive realities of Aboriginal women's struggle for health development. Increasingly, we are identifying our human agency, pragmatism and resilience as key strengths in this process. We also want to repair our efforts with Aboriginal men for the sake of our families and communities. Finally, it brings about a policy focus on Aboriginal women as nurturers of families, keepers of cultures, researchers and leaders and it recognizes the fluid and complex factors that affect our health and determine our capacity to take up and keep up the mantle of improving community health along with maintaining traditional roles.

The Women's Health Bureau of Health Canada stated, "while Aboriginal women play an essential role in community health, often under difficult social and economic conditions, their own health status is poorer than that of women in the general Canadian population."<sup>19</sup> Therefore, as a strategy, Healthy Living has to consider the following in order to be meaningful, appropriate and responsive to Aboriginal women: the root causes of obesity, physical inactivity and poor nutrition among Aboriginal women transcend policies and action that are often fractured and exclusive to health. While healing and wellness programs have their place in the short term, it is economic and social reforms that will bring lasting change. Above all,

healthy living has to be inclusive of mental, emotional, physical and spiritual aspects, must be based on culture and tradition and be flexible to meet community needs and priorities. It needs both a gender analysis and an Aboriginal analysis. In addition, a healthy living strategy must consider

the net effects of colonization and discrimination if it is to be meaningful to Aboriginal women. Finally, "healthy living" must be considered in light of the context of Aboriginal women's lives and their cultural, socio-economic and political aspirations.

## NOTES

---

1. Statistics Canada. Women in Canada 2000: A Gender-Based Statistical Report. Ottawa: The Department, 2000.
2. Canadian Population Health Initiative. Improving the Health of Canadians. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2004. Web Reference: [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca).
3. First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee. First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report. St. Regis, QC: Akwasasne Mohawk Territory, 1999.
4. Health Canada. Diabetes among Aboriginal People (First Nations, Inuit and Métis) in Canada: The Evidence. Ottawa: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, 2000.
5. Harris et al. The epidemiology of diabetes of pregnant native Canadians. *Diabetes Care* 1997;20(9):1422-1425.
6. Canadian Aboriginal AIDS Network. Aboriginal Women Continue to Face Major Challenges as International Women's Day Approaches. Press release, March 5, 2004.
7. Health Canada. Facts and Issues: The Health of Aboriginal Women. 2000. Web reference: [www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts\\_issues/facts\\_aborig.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts_issues/facts_aborig.htm).
8. Statistics Canada, 2000.
9. Botwinick O. Gynecological Health Care. In Galloway JM, Goldberg BW, et al. (Eds) *Primary Care of Native American Patients*. Woburn: Butterworth Heinemann, 1999.
10. Hodgins S. Health and what affects it in Nunavik: how is the situation changing? Nunavik Regional Board of Health and Social Services. Kuujuaq, QC, 1997.
11. Dion Stout M, Kipling G, Stout R. Aboriginal Women's Health Research Synthesis Project: Final Report. Winnipeg: Centres of Excellence for Women's Health, 2001.
12. Aboriginal Nurses Association of Canada & Royal Canadian Mounted Police. Family Violence in Aboriginal Communities: A Review, 2001. Lane P, Bopp J and Bopp M. Aboriginal Domestic Violence in Canada. Aboriginal Healing Foundation, 2003.
13. Canadian Population Health Initiative, 2004.
14. The Report of the Advisory Group on Suicide Prevention. Acting on What We Know: Preventing Youth Suicide in First Nations, 2001.
15. Adelson N. Reducing Health Disparities And Promoting Equity For Vulnerable Populations. Aboriginal Canada: Synthesis Paper. Reducing health disparities and promoting equity for vulnerable populations: International Think Tank, 2003.
16. Statistics Canada, 2000.
17. Reported by the Status of Women Action Group in Victoria, BC in a posting on the Aboriginal Women's Health List ([awhrig-l@list.web.net](mailto:awhrig-l@list.web.net)) on March 7<sup>th</sup>, 2004.
18. National Aboriginal Health Organization. Analysis of Aboriginal Health Careers: Education and Training Opportunities, 2003.
19. Women's Health Bureau, Health Canada. Aboriginal Women and Healthy Communities. *Health Policy Research Bulletin* 2003;23-26.



## PROMOTING HEALTHY LIVING

# Taking Action: Mobilizing Communities to Provide Recreation for Women on Low Incomes

Wendy Frisby, Fearon Blair, Therese Dorer, Larena Hill, Jennifer Fenton, and Bryna Kopelow, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health

## Contextualizing Poverty, Health and Physical Activity for Women

A recent study reported that less than 25 per cent of the female population in Canada participates in sufficient physical activity to derive health benefits.<sup>1</sup> Yet, research has clearly demonstrated that the risks associated with a number of serious health problems, including cardiovascular disease, obesity, diabetes, cancer and osteoporosis, can be reduced through regular physical activity. It is also well-known that women living below the poverty line are more likely to experience poor health<sup>2</sup> and are less likely to be involved in physical activity and community recreation as a means of offsetting some of the health problems they encounter.<sup>3</sup> Women living in poverty face a staggering number of challenges, such as poor housing, inadequate childcare, and insufficient financial resources for food and clothing, and access to community recreation is rarely considered a priority. Not only is poor women's access to community recreation not seen as a priority, but women on low income encounter multiple societal, community and personal barriers to participation in community recreation.

Evidence suggests that the health and quality of life of women on low income and their families could be improved and that substantial savings to the health care system could be accrued if community recreation was seen as a preventative health promotion strategy for marginalized populations. Unfortunately, little has been done in the areas of policy development, program design or research to address the interconnected social problems of women's poverty, poor health and lack of involvement in and access to community recreation. It has been suggested that one reason for this omission is that health and sport policy are largely designed with little or no input from those who are encountering structural barriers to participation.

## Background on the Kamloops Women's Action Project (KWAP)

The Kamloops Women's Action Project (KWAP), funded by the BC Health Research Foundation and completed in 1996, was a feminist action research project designed to address health issues of women living below the poverty line by encouraging increased involvement in community recreation. Women on low income in Kamloops identified a lack of access to community recreation as a major factor inhibiting the development of healthy lifestyles for themselves and their families. Women on low income, community partners and researchers collaboratively identified the research questions, collected data and developed actions, including the implementation of new recreation programs. Multi-level outcomes were achieved, including improvements in self-reported dimensions of physical and mental health for the women, changes in community recreation policy, program delivery and resource allocation and the formation of new community partnerships. A final outcome included a Leisure Access workbook written by the researchers to facilitate the identification of access issues for marginalized groups and the implementation of this kind of community planning for other communities.

## Taking Action: Study Purpose and Methodology

Building on the knowledge and experiences gained in the Kamloops project, a second project was developed to share the knowledge gained. This project involved three communities in British Columbia and examined the factors that influenced whether action was taken in these communities to increase poor women's access to community recreation. The overall goal was to provide some tentative "lessons learned" for other individuals, organizations and communities interested in launching similar initiatives.

The methodology in the second study consisted of a full-day workshop intervention at each site by original members of the KWAP team using the Leisure Access workbook,<sup>4</sup> two return visits to each site and 30 follow-up telephone interviews with workshop attendees over a 12-month time frame. In all three sites, women on low income, municipal recreation staff and representatives from a variety of community groups (i.e., public health units, family services, women's centres) attended the workshops and were subsequently asked questions during return visits or follow-up telephone interviews about the factors that enhanced or inhibited action being taken in their communities. Attendance at the workshops varied from 12 to 85 participants.

## Findings

The response to the workshop interventions varied considerably in the three communities. In Community #1, initial plans were developed but were not subsequently implemented. In Community #2, women on low income assumed a major leadership role and initiated action plans outside of the existing municipal recreation system because the policies and practices of that department were not community-development oriented and presented a number of obstacles. In Community #3, partnerships emerged between a larger and more diverse group of women on low income, community representatives and municipal recreation staff, and more extensive action plans, both within and outside the municipal recreation systems, were developed and implemented.

The tracking of the three communities over time revealed a number of factors that influenced whether action was taken and the direction it took. The factors that enhanced or inhibited action were either internal to the working partnerships that were created to tackle the social problems identified (e.g., practitioners adopting a facilitator rather than "expert" role) or were external or more structural in nature (e.g., the daily experiences of living in poverty, restrictive policies of the local government).

Internal and external factors that enhanced the likelihood that action would be taken included: (1) the use of a community development approach that actively involved women on low income in leadership roles and decision-making, (2) the diversity of representation, (3) the use of a community development approach accompanied by a social justice discourse, (4) the

shared responsibility for action, and (5) the acknowledgement of the structural dimensions of poverty. Factors that inhibited the likelihood that action would be taken included: (1) power imbalances among collaborators, (2) fragmented community services, (3) reliance on one "idea champion," and (4) the adoption of the traditional direct model of service delivery.

## Discussion

This study demonstrates that the dissemination of successful local health promotion initiatives involving community recreation is more likely to occur when the experiences and resources of women on low income are pooled with intersectoral community partners around a shared vision of social justice. Canadian health policies and programs are frequently based on the assumption that individuals should be responsible for their own health, yet provide little or no opportunities for input from the growing number of women who live below the poverty line who are also the most likely to experience poor health. A community development approach helps to ensure that marginalized voices are heard and acted upon in ways that are relevant to them. At the same time, including community leaders and researchers in the process broadens the responsibility for social change. The guidelines for health promotion dissemination developed from this study are meant to serve as a starting point for discussions about the types of principles that should guide community involvement in health promotion for women, while pointing out some of the obstacles that may be encountered along the way. These findings may be useful to other women on low income, community groups, the public sector, and researchers embarking on similar initiatives across Canada.

A copy of the full report, *Taking Action: Mobilizing Communities to Provide Recreation for Women on Low Incomes*, can be downloaded at:

[www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdflist4.htm](http://www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdflist4.htm), or contact:



British Columbia  
Centre of Excellence  
for Women's Health

**British Columbia Centre of  
Excellence for Women's Health**  
BC Women's Hospital  
and Health Centre  
E311-4500 Oak Street  
Vancouver, BC Canada V6H 3N1  
[www.bccewh.bc.ca](http://www.bccewh.bc.ca)  
Tel: (604) 875-2633  
Fax: (604) 875-3716  
[bccewh@cw.bc.ca](mailto:bccewh@cw.bc.ca)



## NOTES

1. Bruce MJ, Katzmarzyk PT. Canadian population trends in leisure-time physical activity levels, 1981-1998. *Canadian Journal of Applied Physiology* 2002;27(6):681-691.
2. Doyal L. *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*. London: Macmillan Press Ltd., 1995. Evans MG, Barber, ML and Marmore TR. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine De Gruyter, 1996; Popay J, Jones G. Patterns of health and illness among lone parents. *Journal of Social Policy* 1990;19(4): 499-534.
3. Frisby W, Crawford S, and Dorer T. Reflections on participatory action research: The case of low-income women accessing local physical activity services. *Journal of Sport Management* 1997;11(8):8-28.
4. Frisby W, Fenton J. Leisure Access: Enhancing opportunities for those living in poverty. A workbook prepared for the BC Health Research Foundation and BC Centre of Excellence for Women's Health, 1998.

## PROMOTING HEALTHY LIVING

## Better Practices: Promising Approaches to Tobacco Cessation During Pregnancy

Lorraine Greaves, Renée Cormier, Karen Devries, Joan Bottorff, Joy Johnson, Susan Kirkland, David Aboussafy, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health

Maternal smoking during pregnancy remains a serious public health problem. Despite concerted efforts by researchers and health care professionals, approximately 20-30% of pregnant women use tobacco during pregnancy.<sup>1</sup> Many of these women do quit smoking during pregnancy, while others manage to reduce their tobacco use. However, cessation is often temporary, with the majority of women returning to cigarette use either during pregnancy or soon after the baby is born. Tobacco cessation during pregnancy has considerable positive health ramifications for both women and fetuses, and reduces health problems for children born to mothers who smoke. However, facilitating successful and sustained tobacco cessation during pregnancy is an ongoing public health challenge.

A thorough review of smoking cessation interventions and programs for pregnant and postpartum women and girls was conducted to determine the most effective strategies to facilitate smoking cessation during pregnancy and into the postpartum period. Over 65 published and unpublished smoking cessation programs and interventions were reviewed.

Using a Better Practices model, interventions were evaluated on the strength of their methodology and the evidence of their effectiveness. Based on this process, six interventions were recommended for use with pregnant smokers and fourteen interventions were deemed to be "showing promise." Final Better Practice recommendations were generated based on this analysis of existing literature, along with an examination of theoretical work and broader literature in the field, and the incorporation of expert opinion.

### Recommendations for Better Practice

The Better Practice recommendations generated from this review span practice, research, and structural issues. They include increased emphasis on women's health as a motivation for cessation, increased tailoring of interventions, and incorporation of harm reduction, stigma reduction, and woman-centred approaches into clinical practice. The approaches or perspectives derived from these recommendations, outlined in further detail below, may be applied directly to tobacco cessation interventions for pregnant smokers or integrated into future cessation research.

## 1. Tailoring

The reasons underlying women's smoking patterns are varied and complex, reflecting social, cultural, economic, and biological influences. The need for tailored interventions, reflecting the specific social and economic contexts of sub-populations of pregnant smokers, became increasingly clear during the course of this review. In particular, effective tailored interventions for certain sub-populations of pregnant smokers, such as teenage girls, Aboriginal women, and heavy smokers, are entirely absent. Similar to intervention trends with smokers in general, tailored approaches to cessation will allow for more precise and effective matches between interventions, components, and pregnant smokers' circumstances.

## 2. Woman-centred Approach

Historically, smoking cessation interventions for pregnant women have used fetal health as a motivator to encourage quitting. Although this approach has achieved some success, the cessation is generally not sustained. A focus on fetal health fails to provide long-term motivation for abstaining from tobacco use and fails to acknowledge the value of the woman's own health. Adopting a woman-centred approach to smoking cessation during pregnancy shifts the emphasis from pregnancy-related reasons for cessation to motivations that are more universal and long-lasting. In addition, this approach places importance on the woman's health before and during pregnancy, as well as beyond the postpartum period.

Woman-centred cessation interventions are also cognizant of a woman's social, psychological, and economic context. Issues such as financial circumstances, experience of violence, and whether or not a pregnancy was planned, should all be explored. A woman-centred approach views the pregnancy period as a time of hope and a key opportunity for change.

## 3. Stigma Reduction and Harm Reduction

Increasingly restrictive smoking policies and the move towards denormalization of tobacco use have created an atmosphere where smokers, particularly pregnant smokers, are increasingly condemned and stigmatized. Clinical interventions with pregnant smokers should address the effects of increased public pressures. For example, an intervention using the "Five A's" (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange follow-up) could also integrate "Awareness of stigma." Increased public awareness is

also needed about tobacco use as a reflection of social and economic circumstances rather than a "lifestyle choice."

Although the principles of harm reduction have been widely used in developing drug and alcohol use interventions, they have never been fully applied to tobacco use. A broad-based harm reduction approach means that *all* measures possible are undertaken to reduce the harmful effects of smoking to women and their fetuses. Pregnant smokers should be encouraged to decrease the number of cigarettes they smoke, and to cease smoking even at later stages of pregnancy. Interventions using a harm reduction approach could include nutritional improvements to offset the effects of smoking, better integration of nicotine replacement therapies, the promotion of stress reduction techniques, and potentially, supplementation of folate to pregnant smokers.

## 4. Relapse Prevention

Relapse is a significant problem for pregnant smokers who quit. Relapse rates vary, but are reported as approximately 25% before delivery, 50% within four months postpartum, and 70-90% by one year postpartum.<sup>2</sup> Relapse prevention did not emerge as a key component of interventions in this review. It is particularly important to create specific interventions for women who quit spontaneously during pregnancy and postpartum. After giving birth, many women return to smoking as a way of coping with the range of stresses experienced during the postpartum period. Women need additional support when their child is born and fetal health is no longer a daily motivation. Since relapse is delayed when women are breastfeeding, support for breastfeeding may be useful in extending women's experiences of non-smoking post-pregnancy.

## 5. Partner Support and Social Issues Integration

There are a range of social factors affecting the processes of maintenance, cessation, and relapse, including socioeconomic status, education, ethnicity and maternal age. These factors, in addition to physiological changes in pregnancy, and exposure to health education and wider social messages about pregnancy and smoking, affect the rates of spontaneous and temporary quitting in pregnancy. However, few interventions appeared to focus on women's social environment. Both cessation and relapse are affected by the presence of smokers



in close proximity to the pregnant woman, so there is a need to develop and test interventions for partners of pregnant smokers. Interventions that acknowledge the presence of smokers in the lives of pregnant smokers and appreciate the dynamics of these relationships are promising.

Most pregnant smokers are experiencing multiple social and economic pressures. Issues such as unemployment, violence and poverty blur or bury the importance of tobacco cessation and other health behaviours while pregnant. Cessation interventions need to consider the entire context of social and economic factors and offer a wide range of solutions in order to be successful.

While there has been no shortage of attempts, effective smoking cessation programs and interventions for pregnant and postpartum girls and women are scarce. As well as highlighting important sub-populations that require targeted

interventions, this review identified the most promising intervention components and approaches to tobacco cessation during pregnancy. These Better Practices will provide a strong foundation for future interventions and help create the conditions necessary for successful tobacco cessation during pregnancy.

For a copy of the full report, *Expecting to Quit: A Best Practices Review of Smoking Cessation Interventions for Pregnant and Postpartum Girls and Women*, contact:



British Columbia  
Centre of Excellence  
for Women's Health

British Columbia Centre of  
Excellence for Women's Health  
BC Women's Hospital  
and Health Centre  
E311-4500 Oak Street  
Vancouver, BC Canada V6H 3N1  
Tel: (604) 875-2633  
Fax: (604) 875-3716  
bccewh@cw.bc.ca

## NOTES

1. Coleman GJ, Joyce T. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24(1):29-35; Connor SK, McIntyre L. The sociodemographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 1999;90:352-355.
2. Klesges LM, Johnson KC, et al. Smoking cessation in pregnant women. *Obstetrics and Gynecological Clinics of North America* 2001;28(2):269-282.

## PROMOTING HEALTHY LIVING

# Don't We Count as People? Saskatchewan Social Welfare Policy and Women's Health

Mildred Kerr, Debbie Frost, Diane Bignell, Equal Justice for All

For the past several years, the Prairie Women's Health Centre of Excellence has conducted and sponsored research examining social assistance policies in Manitoba and Saskatchewan and their impact on women's health. In 2002, the provincial government in Saskatchewan began the first of several phases to redesign social services.

In 2003, Equal Justice for All, with the support of the Prairie Women's Health Centre of Excellence, conducted a research project to explore how women's health is affected by the policies

governing the benefits under the *Saskatchewan Assistance Act*. This project also examined whether women on social assistance have knowledge of their legal entitlements, if they are treated with dignity, and if they have access to advocates to help them appeal decisions. These three rights are part of the legislation intended to protect women from the causes and effects of poverty.

The participatory research project described in this article was conducted in April 2003 by a team of advocates from Equal Justice for All, a grassroots anti-poverty organization located in

Saskatoon. Seven focus groups were held with 43 women living on social assistance in five of the 11 administrative regions of Saskatchewan in April 2003. The participants included single women, married women, mothers and grandmothers providing care to children at home, women whose children were in care, women with disabilities and chronic health problems, and women recovering from addictions. The women were of various ages and backgrounds and lived in rural and urban communities. The participants were either on social assistance at the time of the study or had been on social assistance in the past. In addition to the 43 women, the focus groups included eight advocates who themselves had been on welfare at the time of the study or in the past and four social workers who were not on welfare.

### The Impact of Social Assistance Policies on Women's Health

In focus group discussions, the women described the daily reality of their lives and the impact of social assistance policies on their physical and emotional health. The women described how the low level of welfare benefits prevented them from meeting their fundamental needs, including food, housing, health care and transportation.

The participants in this study described the effects of inadequate benefits on their access to nutritious food, which was the basis for their own health and the health of their children. Many people turned to food banks, but food banks were not available in all areas and were not always accessible when needed. Money diverted from food budgets to cover rental costs caused women and their families to go hungry. Women in the focus groups described always worrying about food for their families and themselves.

The women reported difficulties in finding safe, adequate and affordable housing. Some people reported problems with mice and rat infestations and the associated risk of

Hanta virus infection as well as poor quality housing with broken steps, unsafe windows and poor insulation. Evictions were also experienced by the participants in this study due to unpaid portions of rent at month's end and the added impossibility of covering the owed portion of the damage deposit within two months. The women in this study confirmed that when they were forced to move, school attendance was disrupted and children fell behind in school.

Women reported health problems that were made worse by inadequate nourishment, cold and damp suites, and the many stresses of living in poverty. Women described difficulties in getting coverage for medications, special diets and medical needs, even when these were prescribed by health professionals. Repeated requests for medical forms verifying lifelong disabilities were experienced as harassing and embarrassing. Some felt that the forms were unnecessary if no change was likely in long-term disabilities. Some women reported that they could not afford to cover the dispensing fees for prescription drugs, the cost of over-the-counter medications or payments when doctors charged them over the department fee to complete a medical report. Women reported that it was almost impossible to get adequate special diet coverage despite doctor verification of need; this made their recovery harder and depression worse.

Several women reported difficulties in accessing medical help because they had no bus fare or no money to hire rides to get to the doctor. Medical travel is covered, but funds are not provided until after travel to appointments has been proven. Some serious health issues were related to the specific circumstances in particular locations. In one community, people became sick when the local water supply was contaminated with *Cryptosporidium*, yet income assistance workers refused extra money for Pampers for babies with severe diarrhea. They also refused to pay for over-the-counter medications prescribed to replace electrolytes for

**■ Money diverted from food budgets to cover rental costs caused women and their families to go hungry.**



family members who became ill. In one reserve community, the administration refused extra moneys for safe water purchases despite contamination and discoloration of the local water supply that caused sore throats and damaged clothing.

Women raised concerns for themselves and their teenage daughters that the personal hygiene allowance of \$15/person is totally inadequate to cover the extra costs of personal hygiene supplies needed during menstruation. Mothers of infants described that the cost of disposable diapers took their entire clothing allowance.

Women in this study faced additional hardships when their welfare benefits were reduced by the recovery of overpayments or advances. Since benefit levels are already far below the poverty line, any reductions in benefits can cause serious hardships. "Overpayments" occurred when women were able to find small jobs where the pay exceeded their earnings exemption, or they had received some income tax rebate or inheritance that others in society are able to keep. Overpayments occurred when a child was taken into custody and entitlement to the Child Benefit was immediately cancelled. Monthly cheques were also routinely reduced to recover advances that had been requested to buy essential household furniture or seasonal clothing that was urgently needed. In addition, women described overpayments caused by departmental errors as the worst experience—losing precious benefits from subsequent cheques because of circumstances beyond their control.

## Redesigning Social Assistance

Legislation governing social assistance mandates the province to grant eligible recipients basic needs, health care needs and rehabilitation needs. Although the federal government provides some funding for social services through the Canada Health and Social Transfer, there are no longer any mandatory terms and conditions governing the distribution of these funds, since the elimination of the Canada Assistance Plan in 1996. Provincial legislation and Saskatchewan Assistance Plan Regulations govern the funding and distribution of benefits for the social assistance program.

Phases I and II of Social Services Redesign took place in Saskatchewan in 2002 and 2003. With Phase II of the Redesign, which took place while this study was being

conducted, every individual, including persons with disabilities and elder caregivers, was required to have a case plan to aid him/her towards independence and participation in his or her community through training, work or volunteering. The women in this study viewed this change sceptically and felt that it was unlikely to work without a significant change in the level of income benefits and changes in the workers' treatment of people on welfare. Some women saw this policy as further "blaming the victim" and pushing people away who really need the help.

The women in this study also commented on the need to access information about the full range of benefits to which they may be entitled. While some described positive and helpful interactions with social assistance workers, others described situations where they had difficulty reaching their workers, where their legitimate needs were not acknowledged, where they were not given adequate information about their eligibility for benefits, and where their requests for assistance were denied. The lack of information about available benefits and the lack of explanation for money withheld from monthly cheques led to frustration and feelings of disempowerment.

As well as documenting women's experiences, this study proposes changes to improve income assistance in Saskatchewan. The redesign and implementation of policy can be a collective and collaborative effort, inclusive of the people who have experience with the daily realities of these policies. This research project is intended to contribute to the dialogue regarding policies to improve the quality of life for all and to ensure women's access to justice as recipients of social assistance.

A full copy of the report, *Don't We Count as People? Saskatchewan Social Welfare Policy and Women's Health*, can be downloaded at: [www.pwhce.ca/research.htm](http://www.pwhce.ca/research.htm), or contact:



Prairie Women's Health  
Centre of Excellence  
56 The Promenade  
Winnipeg, MB  
Canada R3B 3H9  
[www.pwhce.ca](http://www.pwhce.ca)  
Tel: (204) 982-6630  
Fax: (204) 982-6637  
[pwhce@uwinnipeg.ca](mailto:pwhce@uwinnipeg.ca)

## PROMOTING HEALTHY LIVING

# Including Gender in Health Planning

Lissa Donner, Prairie Women's Centre of Excellence for Health

The Prairie Women's Health Centre of Excellence and Manitoba Health, as part of the Women's Health Strategy endorsed by the Minister of Health and Minister Responsible for the Status of Women in 2000, have jointly developed a guide to gender-based analysis for health programmers and planners in Regional Health Authorities. The guide is designed to assist individuals to incorporate gender into the processes of analyzing data, planning programs and assessing the health of the community.

Gender-based Analysis (GBA) is a tool to help understand how the experiences of women and men, boys and girls, are different, and how they are the same. In the case of health, GBA illuminates the differences in health status, health care utilization and health needs of men and women. It helps to identify and give priority to those areas where different programs or treatments may be necessary to improve the health of women and men and boys and girls.

The guide provides some background and history on gender-based analysis and presents two case studies, one on diabetes and another on depression, self-inflicted injuries and suicide, as examples of GBA in action. Both are based on information from Manitoba Health about health services utilization among Manitobans. In each case study, the importance of examining health data by sex, age, culture and other factors becomes clear.

Sex refers to the biological differences between females and males while gender refers to the array of socially constructed roles and relationships, behaviours, characteristics and relative power between the two sexes. The following example considers both sex and gender. Over 5% of Manitobans in 1999 were living with diabetes; of these, 29,850 were women and 27,541 were men. When data on adult diabetes are examined by sex, it is possible to see that

while new cases of diabetes have increased for both men and women since 1994, there have been more new cases reported annually among men. When age and Aboriginal ancestry are considered, other important pieces of the picture are revealed. Women are more likely than men to be diagnosed with diabetes from ages 15 to 39, while men are more likely to be diagnosed from ages 40 and up. In every age group, First Nations women have the highest rate of diabetes, compared to First Nations men and other Canadian women and men. As well, men are at much greater risk of developing complications of diabetes than women. A gender-based analysis of diabetes data strongly suggests the need for gender-sensitive diabetes prevention and treatment programs.

Gender-based Analysis can enrich the health planning process by providing better information about the health status and health needs of the population. This guide includes a checklist and series of questions designed to increase the capacity of planners to use GBA in the entire health planning process. By highlighting gender differences, planners can identify and give priority to those areas where gender-sensitive interventions will make a difference.

A full copy of the report, *Including Gender in Health Planning: A Guide for Regional Health Authorities*, can be downloaded at: [www.pwhce.ca/gba.htm](http://www.pwhce.ca/gba.htm), or contact:



**PRAIRIE WOMEN'S HEALTH**  
CENTRE OF EXCELLENCE

**Prairie Women's Health  
Centre of Excellence**  
56 The Promenade  
Winnipeg, MB  
Canada R3B 3H9  
[www.pwhce.ca](http://www.pwhce.ca)  
Tel: (204) 982-6630  
Fax: (204) 982-6637  
[pwhce@uwinnipeg.ca](mailto:pwhce@uwinnipeg.ca)



déterminer les domaines pour lesquels il peut être nécessaire d'élaborer des programmes ou des traitements différents afin d'améliorer la santé des femmes et des hommes, des garçons et des filles, et auxquels il faut accorder la priorité.

Le guide contient des renseignements généraux et l'historique sur l'analyse comparative entre les sexes et traite de deux études de cas, l'une sur le diabète et l'autre sur la dépression, les blessures intentionnelles et le suicide, comme des exemples de l'ACS en action. Les deux cas sont fondés sur des renseignements provenant du ministère de la Santé du Manitoba au sujet de l'utilisation des services de santé par les Manitobain(e)s. Dans chaque étude de cas, on perçoit clairement l'importance d'étudier les données sur la santé en fonction du sexe, de l'âge, de la culture et d'autres facteurs. Le sexe fait référence aux différences biologiques entre les femmes et les hommes, tandis que par rapports sociaux entre les sexes, on entend l'ensemble des relations et des rôles interprétés socialement, des comportements, des caractéristiques et du pouvoir relatif entre les deux sexes. L'exemple suivant tient compte du sexe et des rapports sociaux entre les sexes. En 1999, plus de 5 p. 100 des Manitobain(e)s étaient atteints de diabète; de ce pourcentage, 29 850 étaient des femmes et 27 541 étaient des hommes. Lorsque l'on examine les données sur les cas de diabète chez les adultes, il est possible de voir que, même si le nombre de nouveaux cas de diabète a augmenté chez les hommes et les femmes depuis 1994, il y a eu un plus grand nombre de cas signalé chez les hommes par année. Lorsque l'on tient compte de l'âge et de l'ascendance autochtone, d'autres éléments importants sont dévoilés. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir un diagnostic de diabète entre 15 et 39 ans, tandis que les hommes sont plus susceptibles d'en être atteints après l'âge de 40 ans. Dans

chaque groupe d'âge, les femmes des Premières Nations ont le taux le plus élevé de diabète comparativement aux hommes des Premières Nations et aux autres femmes et hommes canadiens. De plus, les hommes ont un plus grand risque de développer des complications à cause du diabète que les femmes. Une analyse comparative entre les sexes sur les données liées au diabète laisse fortement entendre qu'il faut mettre en place des programmes de traitement et de prévention du diabète qui tiennent compte des sexes.

L'analyse comparative entre les sexes peut enrichir le processus de planification de la santé en offrant de meilleurs renseignements sur l'état de la santé et les besoins de la population en matière de santé. Le présent guide comprend une liste de contrôle et une série de questions conçues afin d'augmenter la capacité des planificateur(trice)s à utiliser l'ACS dans l'ensemble du processus de planification de la santé. En soulignant les différences des rapports sociaux entre les sexes, les planificateur(trice)s peuvent déterminer les domaines où les interventions axées sur les sexes feront une différence et y accorder la priorité.

On peut obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Including Gender in Health Planning: A Guide for Regional Health Authorities*, à l'adresse suivante (par téléchargement) : [www.pwhcc.ca/gba.htm](http://www.pwhcc.ca/gba.htm), ou en faire la demande à l'adresse suivante :

**Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies**  
56, The Promenade  
Winnipeg (Manitoba)  
Canada R3B 3H9  
[www.pwhcc.ca](http://www.pwhcc.ca)  
Tél. : (204) 982-6630  
Téléc. : (204) 982-6637  
[pwhcc@uwinnipeg.ca](mailto:pwhcc@uwinnipeg.ca)

**PRAIRIE WOMEN'S HEALTH**  
CENTRE OF EXCELLENCE

retenu des chèques mensuels étaient une source de frustration et laissaient un sentiment de manque de pouvoir.

En plus de documenter l'expérience des femmes, la présente étude propose des changements afin d'améliorer l'aide au revenu en Saskatchewan. La restructuration et la mise en oeuvre des politiques peuvent être un effort collectif de collaboration et faire participer les gens qui ont de l'expérience avec les réalités quotidiennes de ces politiques. Le présent projet de recherche se propose de contribuer au dialogue sur les politiques visant à améliorer la qualité de vie de tous et de toutes et de s'assurer que les femmes ont accès à la justice en tant que bénéficiaires de l'aide sociale.

On peut obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Don't We Count as People? Saskatchewan Social Welfare Policy and Women's Health*, à l'adresse suivante (par téléchargement) : [www.pwhc.ca/research.htm](http://www.pwhc.ca/research.htm), ou en faire la demande à l'adresse suivante :



PRAIRIE WOMEN'S HEALTH  
CENTRE OF EXCELLENCE

Centre d'excellence pour  
la santé des femmes  
– région des Prairies  
56, The Promenade  
Winnipeg (Manitoba)  
Canada R3B 3H9  
[www.pwhc.ca](http://www.pwhc.ca)  
Tél. : (204) 982-6630  
Télé. : (204) 982-6637  
[pwhc@uwinnipeg.ca](mailto:pwhc@uwinnipeg.ca)

## Tenir compte des rapports sociaux entre les sexes dans la planification de la santé

Lissa Donner, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies

cadre de la phase II, au cours de laquelle cette étude a été menée, chaque individu, y compris les personnes handicapées et les personnes dispensant des soins aux aînés, devait faire l'objet d'un plan d'intervention qui devait l'aider à atteindre une autonomie et à participer à la vie de sa collectivité au moyen d'une formation, d'un travail ou d'activités bénévoles. Les femmes qui ont participé à cette étude affichaient un scepticisme face à cette initiative et étaient d'avis qu'elle ne produirait pas de résultats s'il n'y avait pas parallèlement une augmentation des prestations et un changement d'attitude de la part des travailleurs envers les prestataires d'aide sociale. Certaines femmes percevaient cette politique comme une autre mesure qui reportait la faute sur la victime et écartait les gens qui avaient vraiment besoin d'aide.

Les femmes ont également fait part de commentaires sur la nécessité d'avoir accès à des renseignements sur un large éventail d'avantages auxquels elles peuvent avoir droit. Bien que certaines ont dit avoir des interactions positives et aidantes avec leur travailleur(se) social(e) (TS), d'autres ont décrit des situations où elles avaient de la difficulté à le(la) joindre, où leurs besoins n'étaient pas reconnus, où on ne leur donnait pas l'information adéquate concernant leur admissibilité aux prestations et où leur demande d'aide était refusée. Le manque d'information sur les avantages disponibles et le manque d'explication sur l'argent

Dans le cadre de la Stratégie pour la santé des femmes, appuyée par le ministre de la Santé et la ministre responsable de la Condition féminine, le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies et le ministère de la Santé du Manitoba ont élaboré conjointement, en 2000, un guide sur l'analyse comparative entre les sexes (ACS) destiné aux responsables des programmes et de la planification de la santé dans les régions régionales de la santé. Le guide vise à aider les gens à tenir compte du sexe dans le processus

d'analyse des données, dans la planification de programmes et dans l'évaluation de la santé de la collectivité.

L'ACS est un outil qui vise à comprendre dans quelle mesure les expériences des femmes et des hommes, des garçons et des filles sont différentes et comment elles sont semblables. Sur le plan de la santé, l'ACS illustre les différences entre l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les besoins en matière de santé pour les hommes et les femmes. Elle aide à



Elles ont également témoigné que ces déménagements forcés interrompaient la fréquentation scolaire de leurs enfants et leur infligeaient des retards d'apprentissage.

Les femmes ont révélé que les problèmes de santé étaient exacerbés par une nourriture inadéquate, des appartements froids et humides et du stress découlant du fait de vivre dans la pauvreté. Les femmes ont signalé des difficultés à obtenir des fonds pour couvrir les médicaments, les diètes et les besoins médicaux particuliers, même si ceux-ci étaient prescrits par des professionnels de la santé. Des demandes répétées de la part du ministère les obligeant à remplir des formulaires médicaux destinés à vérifier un état d'incapacité permanente étaient vécues comme du harcèlement et une expérience humiliante. Certaines étaient d'avis que cette procédure n'était pas nécessaire s'il y avait très peu de possibilités de changement, dans des cas d'incapacités à long terme. Certaines femmes disaient qu'elles n'avaient pas les moyens de couvrir les frais d'ordonnance pour l'obtention de médicaments prescrits, le coût des médicaments sans ordonnance ou les frais qu'un médecin exigeait au-delà des honoraires fixés par le ministère pour remplir un formulaire médical. La carte d'assurance-santé ne couvre pas les vitamines essentielles et certains médicaments. D'autres ont affirmé qu'il était presque impossible de bénéficier de mesures adéquates couvrant les diètes spéciales, même si un médecin en avait confirmé la nécessité. Cette situation entraînait leur processus de guérison et aggravait leur état de dépression.

Plusieurs femmes ont dit éprouver des difficultés d'accès à des soins médicaux parce qu'elles n'avaient pas l'argent nécessaire pour prendre l'autobus ou pour s'assurer un transport qui les mènerait chez un médecin. Certains problèmes de santé importants ont été liés aux circonstances particulières que vivaient certaines localités. Dans une collectivité, les gens ont développé des troubles de santé lorsque leur approvisionnement en eau potable a été contaminé au *Cryptosporidium*, mais les travailleurs de l'aide au revenu ont refusé d'accorder des fonds supplémentaires pour acheter des couches aux bébés atteints de diarrhée sévère. Ils ont également refusé d'allouer des fonds pour l'achat de médicaments sans ordonnance pour la reconstruction des électrolytes chez les personnes atteintes. Dans une réserve autochtone, l'État n'a pas voulu dispenser des fonds supplémentaires pour l'achat d'eau potable, malgré le fait que l'eau de la localité était contaminée et de couleur altérée, qu'elle causait des maux de gorge et qu'elle abîmait les vêtements.

### Restructuration des services sociaux

La loi régissant les services sociaux oblige la province à couvrir les besoins de base, les besoins de santé et les besoins en réadaptation des bénéficiaires admissibles. Même si le gouvernement fédéral fournit des fonds pour les services sociaux par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), il n'existe plus de conditions régissant la distribution de ces fonds, depuis l'élimination du régime d'assistance publique du Canada, en 1996. La loi provinciale et les Saskatchewan Assistance Plan Regulations régissent le financement et la distribution des fonds du programme d'aide sociale.

Les femmes ont soulevé une question qui les préoccupait, pour elles-mêmes et leurs adolescentes : l'allocation de 15 \$ par personne pour les frais d'hygiène personnelle ne suffisait pas pour couvrir les coûts supplémentaires des produits d'hygiène personnelle pour les mères d'enfants en bas âge ont témoigné qu'elles devaient consacrer la totalité de leur allocation vestimentaire à l'achat des couches jetables.

Les participantes à cette étude faisaient face à une mise en encore plus grande lorsque leurs prestations d'aide sociale étaient réduites pour récupérer des paiements en trop ou des avances qu'elles avaient reçues. Puisque le niveau des prestations est bien en dessous du seuil de la pauvreté, toute diminution des prestations entraîne un préjudice important.

La remise de «paiements en trop» se produisait lorsque les femmes trouvaient de petits emplois et touchaient une rémunération qui excédait leur exemption de gains, ou lorsqu'elles touchaient un retour ou un héritage, que les autres personnes de la société pouvaient normalement conserver. Il y avait paiement en trop lorsqu'un enfant pris en charge par l'État et le droit aux prestations pour enfants leur était immédiatement retiré. Les chèques mensuels étaient aussi fréquemment réduits pour couvrir les avances demandées pour l'achat de meubles d'habitation essentiels ou de vêtements de saison nécessaires. Les femmes ont également souligné que les paiements en trop causés par des erreurs du ministère constituaient les pires expériences. Elles perdaient les précédentes prestations incluses dans leurs chèques antérieurs à cause de circonstances sur lesquelles elles n'avaient aucune maîtrise.

Les phases I et II de la restructuration des services sociaux ont été exécutées en Saskatchewan en 2002 et 2003. Dans le

# Avons-nous une valeur aux yeux de la société? Les politiques d'aide sociale de la Saskatchewan et la santé des femmes

Mildred Kerr, Debbie Frost et Diane Bignell, Equal Justice for All

droits, qui avaient également vécu de l'aide sociale au moment de l'étude ou par le passé, et quatre travailleuses sociales qui ne vivaient pas de l'aide sociale.

## Répercussions des politiques d'aide sociale sur la santé des femmes

Dans le cadre de ces discussions, les femmes ont décrit les réalités quotidiennes de leur vie et l'impact des politiques d'aide sociale sur leur santé physique et émotionnelle. Ces femmes ont témoigné que les prestations d'aide sociale étaient insuffisantes et qu'elles ne répondaient pas à leurs besoins fondamentaux, notamment en ce qui a trait à la nourriture, au logement, aux soins de santé et aux déplacements.

Les participantes à cette étude ont décrit les conséquences des prestations insuffisantes sur leur capacité d'acheter des aliments nutritifs, sur lesquels reposent leur propre santé et celle de leurs enfants. Bon nombre de personnes se sont tournées vers des banques de nourriture, mais ces dernières ne sont pas disponibles dans tous les secteurs et n'étaient pas toujours accessibles au besoin. Les femmes et leur famille souffrent de la faim parce qu'elles doivent utiliser l'argent destiné à la nourriture pour payer le loyer. Les participantes des groupes de discussion ont témoigné qu'elles étaient constamment préoccupées par la question de la nourriture, pour leur famille et pour elles-mêmes.

Les femmes ont souligné qu'elles avaient de la difficulté à trouver un logement sécuritaire, adéquat et à prix abordable. Certaines ont signalé la présence de rats et de souris dans leur demeure, ce qui entraîne un risque d'infection au hantavirus, ainsi que des problèmes dus au mauvais état des immeubles, comme des marches d'escalier brisées, des fenêtres peu sécuritaires et des murs mal isolés. Certaines participantes avaient également été évacuées de leur logement, en raison des difficultés qu'elles éprouvaient à remettre ce qu'il restait de dommages dans les deux mois suivant leur aménagement.

Au cours des dernières années, le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies a réalisé et parrainé des recherches ayant pour but d'examiner les politiques d'aide social au Manitoba et en Saskatchewan et leur incidence sur la santé des femmes. En 2002, le gouvernement provincial de la Saskatchewan a entrepris la première phase, parmi plusieurs, de restructuration des services sociaux.

En 2003, le groupe Equal Justice for All, avec le soutien du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, a réalisé un projet de recherche afin d'étudier la façon dont la santé des femmes était touchée par les politiques régissant les avantages en vertu de la *Saskatchewan Assistance Act*. Dans le cadre du projet, le groupe a également étudié si les femmes vivant de l'aide sociale connaissaient leurs droits légaux, si elles étaient traitées avec dignité et si elles avaient accès à des porte-parole pour la défense des droits en vue de les aider à interjeter appel des décisions. Ces trois droits font partie de la loi visant à protéger les femmes des causes et des effets de la pauvreté.

Le projet de recherche participatif, décrit dans le présent article, a été réalisé en avril 2003 par une équipe de porte-parole pour la défense des droits œuvrant à Equal Justice for All [la justice pour tous et toutes], un organisme communautaire contre la pauvreté situé à Saskatoon. Sept groupes de discussion ont été mis sur pied en avril 2003, regroupant 43 femmes vivant de l'aide sociale, dans cinq des onze régions administratives de la Saskatchewan. Les participantes comprenaient des femmes célibataires, des femmes mariées, des mères et des grands-mères offrant des soins aux enfants chez elles, des femmes dont les enfants se faisaient garder, des femmes handicapées et ayant des problèmes chroniques de santé et des femmes se rétablissant d'une dépendance. Les femmes appartenaient à des groupes d'âge variés, avaient divers antécédents et vivaient dans des collectivités rurales et urbaines. Les participantes vivaient de l'aide sociale au moment de l'étude ou avaient reçu de l'aide sociale par le passé. En plus des 43 femmes, les groupes de discussion comprenaient huit porte-parole pour la défense des



femme enceinte, il faut donc élaborer des interventions destinées aux partenaires des fumeuses enceintes et en faire l'essai auprès d'eux. Les interventions qui tiennent compte de la présence de fumeurs dans la vie des fumeuses enceintes et qui tiennent compte de la dynamique de ces relations sont prometteuses.

La plupart des fumeuses enceintes subissent diverses pressions sociales et économiques. Des enjeux, tels que le chômage, la violence et la pauvreté, estompent ou cachent l'importance de l'abandon du tabagisme et de tout autre comportement favorable à la santé durant la grossesse. Les interventions en matière d'abandon doivent prendre en compte l'ensemble du contexte des facteurs sociaux et économiques et offrir un large éventail de solutions pour avoir du succès.

Même s'il n'y a pas de pénurie de tentatives, il existe très peu d'interventions et de programmes d'abandon du tabac destinés aux adolescentes et aux femmes enceintes et qui ont déjà accouchées. En plus de souligner les sous-populations importantes qui ont besoin d'une intervention ciblée, la présente étude a permis de déterminer les composantes et les approches les plus prometteuses, sur le plan de l'intervention, pour ce qui est de l'abandon du tabac durant la grossesse. Ces meilleures pratiques offriront une base solide pour les interventions ultérieures et aideront à réunir les conditions nécessaires à la réussite de l'abandon du tabac durant la grossesse.

Pour obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Expecting to Quit: A Best Practices Review of Smoking Cessation Interventions for Pregnant and Postpartum Girls and Women*, il suffit d'en faire la demande à l'adresse suivante :

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique  
BC Women's Hospital and Health Centre  
E311 – 4500, rue Oak  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
Canada V6H 3N1  
www.bcccewh.bc.ca  
Tél. : (604) 875-2633  
Téléf. : (604) 875-3716  
bcccewh@cw.bc.ca



Centre d'excellence  
pour la santé des femmes –  
région de la Colombie-Britannique

de la grossesse. Les interventions qui utilisent une approche de réduction des préjudices pourraient comprendre des aménagements sur le plan de l'alimentation afin de contrebalancer les effets du tabagisme, de mieux intégrer les thérapies de remplacement de la nicotine, la promotion des techniques de réduction de stress et potentiellement, d'apporter des suppléments d'acide folique aux fumeuses enceintes.

#### 4. Prévention de la rechute

La rechute est un problème important chez les fumeuses enceintes qui cessent de fumer. Le taux de rechute varie, mais on a signalé qu'il se situait à environ 25 p. 100 avant l'accouchement, à 50 p. 100 au cours des quatre mois qui suivent l'accouchement, et entre 70 et 90 p. 100, un an après l'accouchement<sup>2</sup>. La prévention de la rechute n'est pas apparue comme une composante clé de l'intervention dans la présente étude. Il est particulièrement important d'élaborer des interventions propres aux femmes qui cessent spontanément de fumer durant la grossesse et le post-partum. Après leur accouchement, un grand nombre de femmes recommencent à fumer afin de composer avec le stress vécu durant le post-partum. Les femmes ont besoin d'un soutien supplémentaire à la naissance d'un enfant et la santé du fœtus n'est plus une motivation quotidienne. Comme la rechute est retardée lorsque les femmes allaitent, il peut être utile d'offrir un soutien à l'allaitement afin d'étendre l'expérience de la femme de ne pas fumer après la grossesse.

5. Soutien du partenaire et intégration des enjeux sociaux  
Un ensemble de facteurs sociaux affectent les processus de maintien, d'abandon et de rechute, comme la situation socioéconomique, l'éducation, l'ethnicité et l'âge de la mère. Ces facteurs, ainsi que les changements physiologiques survenus durant la grossesse, l'exposition à une éducation sur la santé et à des messages sociaux plus généraux sur la grossesse et le tabagisme, affectent le taux d'abandon spontané et temporaire durant la grossesse. Toutefois, peu d'interventions ont semblé se concentrer sur le milieu social des femmes. L'abandon et la rechute sont affectés par la présence de fumeurs à proximité de la

## NOTES

- 1 G. J. Coleman et T. Joyce, « Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states », dans *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, n° 1, 2003, p. 29-35. K. Connor et L. McIntyre, « The sociodemographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, 1999, p. 352-355.
- 2 L. M. Klesges, K. C. Johnson et coll., « Smoking cessation in pregnant women », *Obstetrics and Gynecological Clinics of North America*, vol. 28, n° 2, 2001, p. 269-282.

du focus afin d'inciter à l'abandon. Même si cette approche a connu un certain succès, en général, l'abandon ne durait pas. Si l'on concentre l'attention sur la santé du fœtus, on n'offre pas de motivation à long terme pour cesser de fumer, et on ne reconnaît pas la valeur de la santé de la femme elle-même. Si l'on adopte une approche d'abandon du tabac axée sur la santé de la femme durant la grossesse, on cesse de s'attarder à des motifs liés à la grossesse pour cesser de fumer et l'on favorise des motifs plus universels et plus durables. De plus, cette approche accorde la priorité à la santé de la femme avant et après la grossesse, ainsi qu'au-delà du post-partum.

Les interventions en matière d'abandon axées sur la femme tiennent également compte des contextes social, psychologique et économique de la femme. Il faudrait également se pencher sur des problèmes tels que la situation financière, l'expérience de la violence et le désir de la grossesse. Dans une approche axée sur la femme, la grossesse est perçue comme une période d'espoir et de possibilités importantes de changement.

### 3. Réduction de la stigmatisation et des préjudices

Des politiques en matière de tabagisme de plus en plus restrictives et le pas vers la dénormalisation de l'usage du tabac ont créé une atmosphère où les fumeur(euse)s, en particulier les fumeuses enceintes, sont de plus en plus condamné(e)s et exposé(e)s à la stigmatisation. Les interventions cliniques réalisées auprès des fumeuses enceintes devraient aborder les effets des pressions de plus en plus grandes exercées par le public. Par exemple, une intervention au cours de laquelle on pose des questions, on donne des conseils, on évalue, on aide et on planifie le suivi pourrait également intégrer la «sensibilisation à la stigmatisation». Il faut également sensibiliser davantage le public au fait que l'usage du tabac est un reflet de la situation économique et sociale et non un «choix de mode de vie».

Même si les principes de réduction des préjudices ont été grandement utilisés au cours de l'élaboration des interventions contre la consommation de drogues et d'alcool, ils n'ont jamais été appliqués pleinement à la consommation de tabac. Une approche large visant à réduire les préjudices signifie que *toutes* les mesures possibles sont entreprises afin de réduire les effets nuisibles du tabac chez les femmes et leur fœtus. On devrait inciter les fumeuses enceintes à réduire le nombre de cigarettes fumées ainsi qu'à cesser de fumer, même aux étapes plus tardives

processus, nous avons recommandé six interventions pouvant être utilisées auprès des femmes enceintes, et nous avons estimé que quatorze autres «étaient prometteuses». Nous avons formulé des recommandations finales sur les meilleures pratiques en tenant compte de l'analyse des documents actuels ainsi que de l'examen des documents théoriques et des documents plus vastes dans le domaine, en plus de tenir compte de l'avis des experts.

### Recommandations sur les meilleures pratiques

Les recommandations sur les meilleures pratiques formulées à partir de cet examen couvrent les questions de pratiques, de recherche et de structure. Elles comprennent un intérêt plus marqué sur la santé des femmes comme élément de motivation pour cesser de fumer, une plus grande adaptation des interventions, de l'incorporation aux pratiques cliniques d'approches axées sur la réduction des préjudices et de la stigmatisation ainsi que des approches axées sur les femmes. Les approches ou les points de vue découlant de ces recommandations, qui sont soulignés plus en détail ultérieurement, peuvent être appliqués directement à des interventions d'abandon du tabac auprès des femmes enceintes pour les femmes enceintes ou être intégrés à d'autres recherches sur l'abandon du tabac.

### 1. Individualisation

Les raisons fondamentales liées aux modèles de tabagisme adoptés par les femmes sont variées et complexes et reflètent des influences sociales, culturelles, économiques et biologiques. Au cours de la présente étude, il est devenu de plus en plus clair qu'il fallait adapter les interventions pour qu'elles reflètent les contextes sociaux et économiques particuliers des sous-populations de femmes enceintes fumeuses. Plus particulièrement, on a noté une absence totale d'interventions individuelles efficaces auprès de certaines sous-populations de femmes enceintes fumeuses, comme les adolescentes, les femmes autochtones et les tabagomanes. Comme c'est le cas pour les tendances en matière d'intervention auprès des fumeur(euse)s en général, les approches d'abandon du tabac individualisées permettront des concordances plus précises et plus efficaces entre les interventions, les composantes et la situation des femmes enceintes fumeuses.

### 2. Approche axée sur la femme

Par le passé, les interventions en matière d'abandon du tabac destinées aux femmes enceintes ont été fondées sur la santé



# Meilleures pratiques : Approches prometteuses d'abandon du tabac durant la grossesse

PROMOTION D'UN MODE DE VIE SAIN

Le tabagisme maternel durant la grossesse continue d'être un problème de santé publique important. Malgré les efforts concertés réalisés par les chercheur(euse)s et les professionnel(le)s de la santé, entre 20 et 30 p. 100 des femmes enceintes fument durant leur grossesse<sup>1</sup>. Un grand nombre de ces femmes cessent de fumer durant la grossesse, tandis que d'autres parviennent à réduire leur consommation de tabac. Toutefois, l'abandon est souvent temporaire, et la majorité des femmes recommencent à fumer soit durant la grossesse, soit peu de temps après leur accouchement. L'abandon du tabac durant la grossesse a des ramifications positives importantes sur la santé de la femme et du fœtus et contribue à réduire les problèmes de santé chez les enfants nés de mères fumeuses. Toutefois, l'un des

défis continus rencontrés par la santé publique est de parvenir à un abandon durable du tabac durant la grossesse. Nous avons réalisé une étude exhaustive des interventions et des programmes d'abandon du tabac destinés aux femmes et aux adolescentes enceintes et venant d'accoucher afin de déterminer les stratégies les plus efficaces d'abandon du tabac durant la grossesse et le post-partum. Nous avons étudié plus de 65 programmes d'abandon du tabac qui ont été publiés et non publiés. En se fondant sur un modèle qui fait appel aux meilleures pratiques, nous avons évalué les interventions, en tenant compte de la force de leur méthodologie et de la preuve de leur efficacité. Grâce à ce

Lorraine Greaves, Renée Cormier, Joan Bottorff, Joy Johnson, Susan Kirkland et David Aboussaty, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

1. M. J. Bruce et P. T. Katzmarzyk, «Canadian population trends in leisure-time physical activity levels, 1981-1998», dans *Revue canadienne de physiologie appliquée*, vol. 27, n° 6, 2002, p. 681-691.
2. L. Doyal, *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*, London, Macmillan Press Ltd., 1995. M. G. Evans, M. L. Barber et T. R. Marmore, *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, Aldine De Gruyter, 1996. J. Popay et G. Jones, «Patterns of health and illness among lone parents», *Journal of Social Policy* vol. 19, n° 4, 1990, p. 499-534.
3. W. Frisby, S. Crawford et T. Dore, «Reflections on participatory action research: The case of low-income women accessing local physical activity services», *Journal of Sport Management*, vol. 11, n° 8, 1997, p. 8-28.
4. W. Frisby et J. Fenton, *Leisure Access: Enhancing opportunities for those living in poverty*, cahier préparé pour la BC Health Research Foundation et le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 1998.

## NOTES

On peut obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Leading Action: Mobilizing Communities to Promote Recreation for*

des initiatives semblables au Canada.

au secteur public et aux chercheur(euse)s qui entreprennent autres femmes à faible revenu, aux groupes communautaires, en cours de route. Ces constatations peuvent être utiles aux en soulignant certains des obstacles pouvant être rencontrés communauté à la promotion de la santé des femmes, tout type de principes qui devraient orienter la participation

Centre d'excellence  
pour la santé des femmes –  
région de la Colombie-Britannique



Centre d'excellence pour la santé des  
femmes – région de la Colombie-Britannique  
BC Women's Hospital and Health Centre  
E311 – 4500, rue Oak  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
Canada V6H 3N1  
www.bccchw.bc.ca  
Tél. : (604) 875-2633  
Télé. : (604) 875-3716  
bccchw@cw.bc.ca

demande à l'adresse suivante :  
Women on Low Income, à l'adresse suivante : (par téléchargement)  
www.bccchw.bc.ca/Pages/pubspdfdist4.htm, ou en faire la

internes au partenariat de travail mis en place pour aborder les problèmes sociaux cernés (par exemple, des praticiens qui jouent le rôle de facilitateur et non celui «d'expert»), soit externes ou de nature plus structurale (par exemple, l'expérience quotidienne de vivre, dans la pauvreté, les politiques restrictives de l'administration locale).

Parmi les facteurs internes et externes qui amélioreraient la prise possible de mesures, il y avait notamment : (1) l'utilisation d'une approche de développement communautaire qui faisait participer activement les femmes à faible revenu aux rôles de leadership et aux processus décisionnel, (2) la diversité de la représentation, (3) l'utilisation d'une approche de développement communautaire accompagnée d'un discours sur la justice sociale, (4) la responsabilité partagée pour les mesures, et (5) la reconnaissance des dimensions structurelles de la pauvreté. Parmi les facteurs qui inhabitaient la prise possible de mesures, il y avait : (1) le déséquilibre du pouvoir entre les collaborateurs, (2) la fragmentation des services communautaires, (3) la dépendance sur une «idée championne», et (4) l'adoption d'un modèle direct traditionnel de prestation de services.

## Discussion

L'étude a permis de démontrer que la dissémination d'initiatives de promotion de la santé locales gagnantes mettant en cause les loisirs communautaires a plus de chance d'arriver lorsque l'on regroupe l'expérience et les ressources des femmes à faible revenu à celles des partenaires communautaires intersectoriels autour d'une vision partagée de justice sociale. Les politiques et les programmes canadiens en matière de santé sont souvent fondés sur l'hypothèse selon laquelle les personnes devraient assumer la responsabilité de leur santé, mais on prévoit rarement, voire jamais, de mécanismes de rétroaction au nombre de plus en plus élevé de femmes vivant sous le seuil de pauvreté qui sont également les plus susceptibles d'être en mauvaise santé. En adoptant une approche fondée sur le développement communautaire, nous permettons aux voix marginalisées de se faire entendre, tout en réalisant des actions qui sont pertinentes à ces dernières. En même temps, la participation des responsables et des chercheur(euse)s de la collectivité au processus permet d'élargir les responsabilités envers le changement social. Les directives en matière de dissémination d'initiatives de promotion de la santé conçues dans le cadre de la présente étude visent à servir de point de départ aux discussions sur le

Colombie-Britannique ont participé, on a étudié les facteurs qui ont eu une incidence sur le fait d'avoir pris des mesures en vue d'accroître l'accès des femmes défavorisées aux activités de loisirs communautaires de ces collectivités. Le projet visait à offrir des «leçons apprises» provisoires aux autres personnes, collectivités et organismes intéressés à mettre en place des initiatives semblables.

Pour la deuxième étude, la méthodologie utilisée consistait en un atelier d'intervention d'une journée organisé à chaque endroit par les membres originaux de l'équipe KWAP au moyen du carnet de travail sur l'accès aux loisirs<sup>4</sup>, de deux visites à chacun des endroits et de 30 entrevues téléphoniques de suivi avec les participant(e)s de l'atelier, réparties sur une période de 12 mois. Aux trois endroits, les femmes à faible revenu, le personnel responsable des loisirs municipaux et les représentants de divers groupes communautaires (c.-à-d. le Bureau de santé, les services aux familles et les centres pour les femmes) ont participé aux ateliers et, lors des visites subséquentes ou d'entrevues téléphoniques, on leur a posé des questions sur les facteurs qui amélioreraient ou inhabitaient les mesures prises dans leur collectivité. Le nombre de participant(e)s aux ateliers variait entre 12 et 85 personnes.

## Constatations

Les réactions découlant des interventions à la suite des ateliers variaient considérablement entre les trois collectivités. Dans la collectivité n° 1, on avait élaboré des plans initiaux qui n'ont pas été mis en œuvre par la suite. Dans la collectivité n° 2, les femmes à faible revenu ont assumé un rôle de leadership important et ont mis en place des plans d'action à l'extérieur du système de loisirs municipal actuel parce que les politiques et les pratiques de ce service n'étaient pas axées sur le développement communautaire et présentaient un certain nombre d'obstacles. Dans la collectivité n° 3, des partenariats sont apparus entre un groupe plus important et plus varié de femmes à faible revenu, des représentants de la collectivité et le personnel des services de loisirs municipaux, et un plan d'action plus important a été élaboré et mis en œuvre tant à l'intérieur du cadre du système de loisirs municipal qu'à l'extérieur de celui-ci.

Au fil du temps, le suivi réalisé auprès des trois collectivités a permis de relever un certain nombre de facteurs qui ont influé sur la prise de mesures et leur orientation. Les facteurs contribuant à améliorer ou à inhiber les mesures étaient soit



# Agir : Mobiliser les collectivités afin d'offrir des services de loisirs aux femmes à faible revenu

Wendy Frisby, Fearon Blair, Therese Dorer, Larena Hill, Jennifer Fenton, et Bryna Kopelow, Centre d'excellence pour les femmes – région de la Colombie-Britannique

## Mise en contexte de la pauvreté, de la santé et de l'activité physique pour les femmes

Dans une étude réalisée récemment, on révèle que moins de 25 p. 100 des femmes du Canada font suffisamment d'activités

physiques pour que cela rapporte des avantages sur leur santé<sup>1</sup>. Pourtant, les recherches ont clairement démontré que l'on peut

réduire les risques liés à un certain nombre de problèmes de santé graves, y compris les maladies cardiovasculaires, l'obésité,

le diabète, le cancer et l'ostéoporose, en faisant régulièrement de l'activité physique. Il est également bien connu que les

femmes vivant sous le seuil de la pauvreté sont plus susceptibles d'être en moins bonne santé<sup>2</sup> et qu'elles sont moins

susceptibles de participer à des activités physiques et de loisirs communautaires afin de contrebalancer certains de leurs

problèmes de santé<sup>3</sup>. Ces femmes font face à un nombre stupéfiant de problèmes, comme un logement insalubre, des

soins de garde d'enfants inadéquats et des ressources financières insuffisantes pour acheter la nourriture et les vêtements, et elles

considèrent rarement que l'accès aux loisirs communautaires est une priorité. Non seulement le fait que les femmes vivant

dans la pauvreté n'ont accès aux loisirs communautaires, de plus, cela n'est pas perçu comme une priorité, mais ces mêmes

femmes font face à de nombreux obstacles sur les plans sociaux, communautaires et personnels lorsqu'il est question de

participer à ces loisirs.

Selon certaines preuves, si l'on percevait les loisirs communautaires comme une stratégie préventive de promotion de la santé pour les populations marginalisées, on pourrait améliorer la santé et la qualité de vie des femmes à faible revenu et de leur famille, et l'on pourrait accroître des économies importantes pour le système de santé. Malheureusement, très peu de choses ont été faites dans les domaines de l'élaboration de politiques, de la conception de programmes ou de la recherche afin d'aborder les problèmes sociaux interrelés de la pauvreté des femmes, de la mauvaise santé et du manque de participation et d'accès aux loisirs communautaires. On a laissé entendre qu'une raison de cette

omission était que les politiques en matière de santé et de sport sont élaborées, en grande partie, sans recevoir de commentaires des personnes qui rencontrent des obstacles structurels à la participation, ou avec peu de commentaires de leur part.

## Renseignements généraux sur

## Le Kamloops Women's Action Project (KWAP)

Le Kamloops Women's Action Project (KWAP), financé par la BC Health Research Foundation et qui s'est terminé en 1996, était un projet de recherche sur l'action féministe conçu afin d'aborder les problèmes de santé des femmes vivant au-dessous du seuil de pauvreté en encourageant leur plus grande participation aux loisirs communautaires. Les femmes à faible revenu de Kamloops ont déterminé que le manque d'accès aux loisirs communautaires était un facteur important qui empêche le développement de modes de vie sains pour elles-mêmes et leur famille. Ces femmes, des partenaires communautaires et des chercheur(euse)s ont décidé ensemble d'élaborer des mesures, y compris la mise en place de nouveaux programmes de loisirs. Il a été possible d'atteindre des résultats à différents niveaux, tels que l'amélioration sur les plans de la santé mentale et physique rapportée par les femmes, les modifications sur les plans des politiques sur les loisirs communautaires, de la prestation de programmes et de l'affectation des ressources, ainsi que l'établissement d'un nouveau partenariat communautaire. L'un des résultats finaux a été la création d'un carnet de travail sur l'accès aux loisirs (Leisure Access workbook) rédigé par les chercheur(euse)s afin de faciliter la détermination des problèmes d'accès par les groupes marginalisés et la mise en œuvre de ce genre de planification communautaire pour les autres collectivités.

## Agir : Objet de l'étude et méthodologie

En misant sur les connaissances et l'expérience acquises au cours du projet réalisé à Kamloops, un deuxième projet a été élaboré dans le but d'échanger les connaissances acquises. Dans le cadre de ce projet, auquel trois collectivités de la

sur une culture et des traditions et être souple afin de répondre aux besoins et aux priorités des collectivités. Il faut procéder à une analyse en fonction du sexe et en tenant compte des Autochtones. De plus, une stratégie de modes de vie sains doit prendre en compte les effets nets du colonialisme et de la discrimination, si elle veut être pertinente pour les femmes autochtones. Enfin, nous devons envisager un «mode de vie sain» à la lumière du contexte de la vie des femmes autochtones ainsi que de leurs aspirations culturelles, socio-économiques et politiques.

## NOTES

1. Statistique Canada, *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*, Ottawa, le ministère, 2000.
2. Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004. Site Web : [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca).
3. Comité de direction, *Enquêtes régionales sur la santé par les Premières nations et les Inuits, Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations, Saint-Régis, Québec, territoire Mohawk Akwasasne*, 1999. Rapport national.
4. Santé Canada, *Le diabète dans les populations autochtones (Premières nations, Inuits, Métis) du Canada : Les faits*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la santé et des Premières Nations et des Inuits, 2000.
5. Harris et coll., «The epidemiology of diabetes of pregnant native Canadians», dans *Diabetes Care*, vol. 20, n° 9, 1997, p. 1422-1425.
6. Réseau canadien autochtone du sida, *Aboriginal Women Continue to Face Major Challenges as International Women's Day Approaches*, Communiqué de presse du 5 mars 2004.
7. Santé Canada, *Faits et questions : La santé des femmes autochtones*, 2000. Site Web : [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits\\_autochtones.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_autochtones.htm).
8. Statistique Canada, 2000.
9. O. Botwinick, «Gynecological Health Care», dans *Primary Care of Native American Patients*, J. M. Galloway, B. W. Goldberg et coll. (éd.), Woburn, Butterworth Heinemann, 1999.
10. S. Hodgins, *Health and what affects it in Nunavik: how is the situation changing?*, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Kuujuaq, Québec, 1997.
11. M. Dion Stout, G. Kipling et R. Stout, *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes, 2001.
12. Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et Gendarmerie royale du Canada, *La violence familiale dans les collectivités autochtones : Examen des faits*, 2001. P. Lane, J. Bopp et M. Bopp, *La violence familiale chez les autochtones au Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2003.
13. Initiative sur la santé de la population canadienne, 2004.
14. Rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide, *Agir selon ce que nous savons : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, 2001.
15. N. Adelson, *Réduire les disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'égalité pour les populations vulnérables*, Les Populations autochtones du Canada : Document de synthèse. *Réduire les disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'égalité pour les populations vulnérables* : Conférence de réflexion internationale, 2003.
16. Statistique Canada, 2000.
17. Signalé par le Status of Women Action Group de Victoria, C-B, dans une affiche sur la Aboriginal Women's Health List, [awhrlg-@list.web.net](mailto:awhrlg-@list.web.net), le 7 mars 2004.
18. Organisation nationale de la santé autochtone, *Analysis of Aboriginal Health Careers: Education and Training Opportunities*, 2003.
19. Santé Canada, Bureau pour la santé des femmes, «Les femmes autochtones et les collectivités saines», *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 2003, p. 23-26.



## Logique souple : Femmes autochtones en tant que gardiennes de la santé

Les femmes autochtones sont des joueuses importantes dans le développement de la santé de nos collectivités, qu'il s'agisse de prendre soin des familles, d'assurer le maintien de la culture, de réaliser de la recherche ou d'assurer des rôles de leadership, et cela, malgré un état de santé moindre. Les femmes autochtones ont une vision holistique de la santé et perçoivent les conditions sociales et culturelles comme des éléments intégrants de la santé de nos collectivités. Par exemple, la naissance dans le Nord et les services de sage-femme dans les collectivités inuites vont de pairs et sont des éléments centraux du fait que les femmes travaillent en vue de garder la culture vivante et en santé.

## ■ «Les femmes autochtones sont des joueuses

importantes dans le développement de la santé de nos collectivités, qu'il s'agisse de prendre soin des familles, d'assurer le maintien de la culture, de réaliser de la recherche ou d'assurer des rôles de leadership, et cela, malgré un état de santé moindre.»

Comme le Bureau pour la santé des femmes l'a précisé : «Même si les femmes autochtones jouent un rôle essentiel sur le plan de la santé de leur collectivité, et ce souvent en dépit de mauvaises conditions sociales et économiques, leur propre état de santé est moindre que celui des femmes de la population canadienne en général<sup>19</sup>. Par conséquent, en tant que stratégie, le mode de vie sain doit tenir compte des points suivants afin de devenir significatif, approprié et réceptif aux femmes autochtones : la cause profonde de l'obésité, l'inactivité physique et la mauvaise alimentation chez les femmes autochtones transcendent les politiques et les actions qui sont souvent fracturées et exclusives à la santé. Comme les programmes de guérison et de bien-être ont leur place à court terme, ce sont les réformes économiques et sociales qui apporteront un changement durable. Par-dessus tout, le mode de vie sain doit tenir compte de l'aspect mental, émotionnel, physique et spirituel, il doit être fondé

en plus, nous déterminons l'intervention humaine, le pragmatisme et la résilience, qui sont des forces importantes du processus. Nous voulons également rétablir nos efforts auprès des hommes autochtones pour le bien des familles de nos collectivités. Enfin, elles permettent d'orienter les politiques sur les femmes autochtones en tant que signataires des familles, gardiennes de la culture, chercheuses et chefs de file, et elles reconnaissent les facteurs fluides et complexes qui affectent notre santé et qui déterminent notre capacité à accepter et à poursuivre avec force l'amélioration de la santé de la collectivité et le maintien des rôles traditionnels.

## ■ «La cause profonde de l'obésité, l'inactivité physique

et la mauvaise alimentation chez les femmes  
autochtones transcendent les politiques et les actions  
qui sont souvent fracturées et exclusives à la santé.»

femmes autochtones en péril de multiples façons, confrontées à la discrimination personnelle et institutionnelle, en position d'infériorité en raison de la race, du sexe et de la classe sociale.<sup>15</sup>

très peu de choses à ce sujet. [TRADUCTION] En Colombie-Britannique, plus de 32 femmes ont été portées disparues le long de l'Autoroute des Pleurs entre Prince Rupert et Prince George. Au cours des 20 dernières années, environ 500 femmes autochtones sont disparues des collectivités partout au Canada. Et pourtant le gouvernement, les médias et la société canadienne continuent de garder le silence. À Vancouver, plus de 50 femmes sont disparues du quartier Downtown Eastside. De ce nombre, 60 p.100 étaient autochtones, surtout des jeunes. Il s'agit de femmes pauvres impliquées dans le commerce du sexe. Elles étaient aux prises avec les drogues et l'alcool. Certaines souffraient du syndrome d'alcoolisme fœtal, et plusieurs furent victimes d'agressions sexuelles alors qu'elles étaient enfants. Chacune a grandi dans un foyer d'accueil. En d'autres mots, leur vie portait toutes les marques de la violence du colonialisme.<sup>17</sup>

En 1996, alors que les femmes autochtones ont moins bien réussi au chapitre de la performance scolaire comparativement aux femmes non autochtones, elles étaient un peu plus susceptibles d'avoir un diplôme universitaire que les hommes autochtones, dont 3 p. 100 ont terminé l'université. De plus, les femmes autochtones étaient moins susceptibles de travailler, encore moins à temps plein, que les hommes autochtones. De façon remarquable, elles étaient deux fois plus susceptibles d'occuper des postes peu rémunérés que les hommes autochtones, et presque deux fois plus susceptibles, que les hommes autochtones, d'occuper un poste de professionnels : 22 p. 100 en comparaison de 12 p. 100<sup>16</sup>. Statistique Canada a signalé que les femmes autochtones sont moins susceptibles que les femmes non autochtones de vivre dans une famille composée du conjoint et de la conjointe, et deux fois plus susceptibles de vivre dans une relation de fait, et qu'elles sont beaucoup plus susceptibles d'être chefs de famille monoparentale. En 1996, seulement 3 p. 100 des hommes autochtones étaient chefs de famille monoparentale.

La violence est particulièrement un problème pour les femmes autochtones. Par exemple, une initiative au sujet des femmes portées disparues, la Campagne sœurs d'esprit, a été lancée le 22 mars 2004 dans le but suivant :

[TRADUCTION] «[...] attirer l'attention sur la tragédie des 500 femmes autochtones portées disparues au Canada et sur le fait que l'on connaît

Les femmes autochtones réagissent avec colère à propos de la politique de la justice au Canada ou, plus exactement, du manque de justice dans la politique. De même, dans un document publié récemment par l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), cette dernière critique les politiques actuelles qui mettent l'accent sur la modification des comportements du mode de vie des gens au lieu de composer avec des relations de pouvoir déterminées historiquement qui ont nui à la santé du peuple autochtone. Une grande quantité d'études ont révélé que l'obésité, le tabagisme et l'inactivité physique avaient des répercussions moins importantes sur l'état de santé que le revenu et l'éducation<sup>18</sup>.



corporelle (IMC) d'au moins 26. Selon Santé Canada, un ICM qui se situe entre 25 et 27 peut entraîner des problèmes de santé chez certaines personnes. Les femmes des Premières nations et les Inuites du Labrador sont plus susceptibles de déclarer des maladies chroniques comme l'arthrite, l'hypertension et les problèmes cardiaques. Les femmes des Premières nations se caractérisent par un taux de décès imputé aux cardiopathies ischémiques et aux accidents cardiovasculaires qui est beaucoup plus élevé que celui de la population féminine canadienne<sup>11</sup>. À tous les points de vue, la plupart des femmes autochtones ont vécu de la violence familiale<sup>12</sup>. Selon l'ISPC, les femmes inuites sont particulièrement touchées par les dangers environnementaux :

En 2003, les mères inuites affichaient des degrés 12 fois supérieurs à ceux des personnes de race blanche, des Dénés (Premières nations), des Métis ou d'autres groupes ethniques. Les mères inuites ont des niveaux supérieurs de mercure dans le sang par rapport à d'autres groupes ethniques. Les mères inuites ont des niveaux supérieurs de diphénylpolychloré à ceux des mères de race blanche, des Dénés (Premières nations) et des Métis<sup>13</sup>.

Les blessures, l'empoisonnement et le suicide font beaucoup de victimes dans les collectivités autochtones. Le rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide<sup>14</sup> a révélé que le taux de suicide chez les Premières nations diffère selon le sexe, et que les jeunes hommes se suicident plus souvent que les jeunes femmes, mais le risque de suicide des jeunes femmes autochtones est huit fois plus élevé que celui de leurs consœurs non autochtones.

Une étude de la situation sociale fait ressortir de façon plus accentuée les multiples fardeaux pour la santé qui sont imposés aux femmes autochtones. Dans un rapport rédigé par un groupe de réflexion international sur le thème «Réduire des disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'égalité pour les populations vulnérables», tenu en septembre 2003, Mme Naomi Adelson a fait part que les femmes autochtones étaient particulièrement désavantagées, car :

La subordination des Autochtones, un effet du colonialisme, a eu pour conséquence de mettre les

drogues par injection est responsable des deux-tiers des nouvelles infections au VIH dans la population autochtone, les femmes autochtones doivent faire face à d'autres défis. Les chiffres sur le sida révèlent que l'usage de drogues par injection est un facteur de risque six fois plus courants chez les femmes autochtones que chez leurs homologues (35,9 p. 100 en comparaison de 6,3 p. 100)<sup>9</sup>.

Sur le plan de la reproduction, 55 p. 100 des mères autochtones ont moins de 25 ans, et 9 p. 100 moins de 18 ans. Parmi les mères non autochtones, environ 28 p. 100 ont moins de 25 ans et seulement 1 p. 100 ont moins de 18 ans<sup>7</sup>. Compte tenu de la jeunesse relative des femmes autochtones, elles ont un taux de fertilité plus élevé que les femmes non autochtones, ainsi qu'une plus grande famille<sup>8</sup>. Selon les rapports sur l'Initiative sur la santé de la population canadienne, «[...] les taux de chlamydia sont plus élevés au Nunavut que pour les Premières nations dans les réserves et la prévalence dans ces deux groupes est six fois supérieure à la prévalence dans l'ensemble des Canadiens.» En outre, il y a un plus grand nombre de décès du cancer du col de l'utérus chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones, alors que le taux de mortalité chez les femmes des Premières nations de la Colombie-Britannique est six fois plus élevé que celui des autres femmes de la province<sup>9</sup>. De même, le taux de cancer du col de l'utérus chez les Inuites du Nunavik est trois fois plus élevé que celui de la

population en général<sup>10</sup>.

De toute évidence, les femmes autochtones ont de graves problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction. De plus, nos défis en matière de santé sont particulièrement pertinents aux discussions de la Stratégie canadienne intégrée en matière de modes de vie sains.

Par exemple, les femmes autochtones présentent un risque beaucoup plus élevé de souffrir d'obésité. Selon une étude réalisée dans le Nord de l'Ontario en 1999, 60 p. 100 des femmes adultes des Premières nations étaient considérées comme obèses. Une étude portant sur les adultes cris et ojibwa du Nord du Canada a révélé qu'une forte proportion d'individus de tous âges avec un excédent de poids, indépendamment du sexe, et que près de 90 p. 100 des femmes âgées entre 45 et 54 ans avaient un indice de masse

# Un mode de vie sain et les femmes autochtones : La tension entre les preuves tangibles et la logique souple

Madeline Dion Stout, Groupe de recherche sur la santé et la guérison des femmes autochtones

Deux exposés de fait définissent les femmes autochtones et le mode de vie sain ainsi : des preuves tangibles documentent notre piètre état de santé tandis que la logique souple nous présente comme les premières gardiennes de la santé. Pour comprendre cette tension, il faut connaître les disparités sur les plans sociaux et de la santé que nous vivons et une description des liens entre ces réalités et les politiques sur le mode de vie sain. Il faut mettre en balance les données démographiques importantes, les indicateurs biologiques, les enjeux comportementaux sur le mode de vie et les conditions sociales qui empiètent la santé des femmes autochtones et l'ensemble de nos environnements, de notre désir et de notre potentiel de contribuer en tant que gardienne de la santé. En bout de ligne, « un mode de vie sain » pour les femmes autochtones dépend, en grande partie, de politiques significatives, appropriées et réceptives.

## Preuves tangibles : l'état de santé des femmes autochtones

En 1996, il y avait environ 408 100 femmes autochtones au Canada sur une population totale de 799 000. De ce nombre, environ 66 p.100 s'identifiaient comme des Indiennes de l'Amérique du Nord, 25 p.100 comme des Métis, 5 p.100 comme des Inuites et 3 p.100 comme appartenant à plus d'un groupe. En termes absolus, l'Ontario et la Colombie-Britannique comprenaient la plus grande population de femmes autochtones (soit 73 725 et 71 455 respectivement). Entre-temps, les femmes autochtones composaient la plus grande partie de la population générale de femmes dans trois territoires et deux provinces : le Nunavut (86 p.100), les Territoires du Nord-Ouest (50 p.100), le Yukon (22 p.100), le Manitoba (12 p.100) et la Saskatchewan (12 p.100). La proportion d'autochtones âgés de plus de 65 ans augmentait trois fois plus vite que pour tout autre groupe d'âge. Il est également important de souligner que, en 1996, les femmes autochtones de plus de 65 ans représentaient plus de 54 p.100 de toutes les personnes âgées autochtones, même si, proportionnellement aux jeunes, peu de femmes autochtones étaient des personnes âgées<sup>1</sup>.

Selon des données récentes de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), les peuples autochtones représentent le moins en santé du Canada<sup>2</sup>. Toutefois, les femmes autochtones doivent composer de façon disproportionnée avec la maladie comparativement aux hommes autochtones et aux autres femmes canadiennes. Par exemple, le taux de diabète chez les hommes des Premières nations et les Inuits est trois fois plus élevé que celui des hommes canadiens. Pour les femmes des Premières nations et les Inuites, ce taux est cinq fois plus élevé que le taux pour toutes les femmes canadiennes<sup>3</sup>. Quarante pour cent des femmes autochtones sont atteintes de diabète gestationnel<sup>4</sup>, comparativement à environ 4 p.100 des femmes de la population générale. Selon une étude, le taux de diabète gestationnel augmente selon l'âge de la mère, de sorte qu'il y avait un taux de prévalence de 46,9 p.100 chez les femmes de plus de 35 ans<sup>5</sup>.

À la veille de la Journée internationale de la femme, cette année, le Réseau canadien autochtone du sida a émis un communiqué de presse faisant état de statistiques très moroses sur les femmes autochtones ainsi que sur le VIH et le sida :

[TRANSCRIPTION] Au Canada, on note une

surreprésentation importante des peuples autochtones pour ce qui est des cas d'infection au VIH/sida, alors que l'on a assisté à une augmentation d'environ 91 p.100 des cas d'infection au VIH (de 1 430 à 2 740) au cours de la période de trois ans entre 1996 et 1999. Il y a trois fois plus de cas de sida chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones (23,1 p.100 en comparaison de 8,2 p.100). On estime que divers enjeux sociaux, économiques et comportementaux influent sur ce problème de santé. De plus, les femmes autochtones peuvent être confrontées à trois formes de marginalisation : en fonction du sexe, de la race et de la situation relativement au VIH. Alors que l'usage des



# Créer des logements convenant à un mode de vie sain : Une comparaison des modèles de logement pour les femmes

Molly McCracken, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, et Gail Watson, Women's Health Clinic

nécessaire d'élaborer des politiques de logement qui reflètent ces priorités.

Dans le rapport, nous analysons les liens entre le logement, la pauvreté et la santé, et nous décrivons comment un logement inadéquat empêche les femmes de régler leurs autres problèmes de santé. En plus de décrire les résultats de l'étude de recherche, le rapport donne aussi un aperçu des politiques de logement au Canada et présente des recommandations en matière de politique visant à créer des modèles de logement où l'on tient compte des besoins des femmes vivant dans la pauvreté. Plus particulièrement, l'étude révèle que le modèle de logement coopératif peut être prometteur afin d'aider les femmes à faible revenu à acquérir des aptitudes et à améliorer leur santé et leur situation économique.

On peut obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Women Need Safe, Stable, and Affordable Housing: a study of social, private and co-op housing in Winnipeg*, à l'adresse suivante (par téléchargement) : [www.pwhcc.ca/research.htm](http://www.pwhcc.ca/research.htm), ou en faire la demande à l'adresse suivante :

Centre d'excellence pour  
la santé des femmes  
– région des Prairies  
56, The Promenade  
Winnipeg (Manitoba)  
Canada R3B 3H9  
Tél. : (204) 982-6630  
Télé. : (204) 982-6637  
[www.pwhcc.ca](http://www.pwhcc.ca)  
[pwhcc@uwinnipeg.ca](mailto:pwhcc@uwinnipeg.ca)

PRAIRIE WOMEN'S HEALTH  
CENTRE OF EXCELLENCE

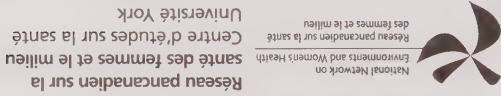
Des preuves de plus en plus nombreuses existent selon lesquelles les femmes à faible revenu ont des besoins importants sur le plan du logement, elles sont davantage exposées à l'obligation de vivre dans des milieux peu sûrs ou malsains et elles nécessitent un soutien précis pour accéder à des logements stables à prix abordables. Au cours des dernières années, les chercheurs (euse)s du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies ont mené une enquête sur les répercussions des politiques de logement sur la santé des femmes. L'un des résultats clé qui a découlé de cette recherche a été l'importance de concevoir des modèles de logement en consultation avec les femmes qui vivent dans la pauvreté.

Dans un rapport intitulé *Women Need Safe, Stable, and Affordable Housing: a study of social, private and co-op housing in Winnipeg (Les femmes ont besoin de logements sécuritaires, stables et financièrement abordables : une étude du logement social, privé et coopératif à Winnipeg)*, les chercheuses du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies et du Women's Health Clinic ont exploré les expériences vécues par les femmes vivant dans des logements sociaux, des logements du marché privé et des logements coopératifs. Une série de groupes de discussion a eu lieu avec des femmes à faible revenu et a permis d'étudier l'expérience vécue par les femmes en relation avec différents modèles de logement. L'étude a permis de déterminer que la sécurité, ainsi que le caractère abordable et adéquat sont des éléments importants du logement pour les femmes de même que la

Pour les femmes qui vivent en milieu rural. Par exemple, le revenu tiré du travail servait à payer les factures de la ferme ou à acheter les produits essentiels pour la maison. Lorsqu'elles assistaient à des activités communautaires, on s'attendait à ce que les infirmières offrent des soins ou qu'on les approchait dans le but d'obtenir des conseils sur des problèmes de santé.

L'étude a permis de saisir la voix des femmes vivant dans les régions rurales de l'Alberta et leurs expériences relativement aux changements survenus dans les secteurs de l'agriculture et des soins de santé. Toutefois, le double impact de la restructuration sur les besoins des femmes vivant en milieu rural doit faire l'objet d'un examen plus approfondi afin de mieux comprendre la manière dont elle influence directement le travail et la santé des femmes et comment elle affecte les femmes par l'intermédiaire de leur famille et de leur collectivité. L'étude documente également les réseaux en évolution dans les collectivités rurales et souligne la nécessité d'élaborer des mécanismes qui permettront un dialogue significatif entre les décideurs et les femmes vivant en milieu rural.

On peut obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Reflections of Rural Alberta Women: Work, Health, and Restructuring*, à l'adresse suivante (par téléchargement) : [www.yorku.ca/nnewh/netPubs\\_reports.htm](http://www.yorku.ca/nnewh/netPubs_reports.htm), ou en faire la demande à l'adresse suivante :



Réseau pancanadien sur la  
santé des femmes et le milieu  
Centre d'études sur la santé  
Université York  
4700, rue Keele  
Bureau 214, York Lanes  
Toronto (Ontario)  
Canada M3J 1P3  
[www.yorku.ca/nnewh](http://www.yorku.ca/nnewh)  
Tél. : (416) 736-5941  
Télé. : (416) 736-5986  
[nnewh@yorku.ca](mailto:nnewh@yorku.ca)

## NOTES

1. D. A. Hay, «Rural Canada in Transition: Trends and Developments», dans *Rural Sociology in Canada*, D. A. Hay et G. S. Basran (éd.), Toronto, Oxford University Press, 1992, p. 16-35. N. C. Keating, «The Future of the Family Farm in Agricultural Communities», dans *Alternative Futures for Prairie Agricultural Communities*, J. Martin (éd.), Edmonton, University of Alberta Printing Services, 1991, p. 53-83.
2. A. Landesman, «Restructuring hospitals, restructuring nursing», *The Canadian Nurse* 1996, n° 92, p. 27-30. D. L. Skillen, «Nurses' Work Hazards in Public Health Units», dans *Invisible: Issues in Women's Occupational Health*, K. Messing, B. Neis et L. Durnais (éd.), Charlottetown, Gynergy Press, 1995, p. 150-173.
3. Hay, 1992. Keating, 1991.
4. Landesman, 1995. Skillen, 1995.

Les femmes ont décrit les nombreuses pertes qu'elles ont subies dans leur vie à la suite des changements survenus dans leur collectivité. Ces pertes comprenaient la perte totale ou partielle de leur ferme, la perte de contact avec des infirmières avec qui elles travaillaient, la perte des voisins ou de la collectivité, ainsi que la perte de l'accès aux experts et aux services. Les autres pertes signalées se situent sur le plan du revenu et de la dispersion des associations féminine. [TRADUCTION] «Le jour de l'encan, je me suis cachée dans la maison [...] je ne voulais pas être dehors et voir toutes les choses que nous avions acquises [...] être vendues et pratiquement données [...] je n'avais pas réalisé jusqu'à quel point mon identité était liée à l'agriculture.»

## Double impact

Les femmes ayant participé à l'étude ont perçu différemment la restructuration, certaines l'ont perçue de façon positive, d'autres de façon négative. L'une des caractéristiques uniques de l'étude a été d'inclure les fournisseurs et les bénéficiaires de soins. En conséquence, dans le cadre de la recherche, nous avons pu obtenir des rapports plus exhaustifs sur les répercussions de la restructuration sur le travail et la santé de la vie rurale. Au cours de l'étude, il est devenu évident que les limites entre la maison, la collectivité et le travail étaient floues



Toutefois, les infirmières ont précisé qu'elles trouvaient compliqué de s'occuper de leur propre santé à cause de la diminution de l'accessibilité aux services de santé. Cette situation est survenue lorsque le maintien en poste des médecins est devenu un problème, lorsqu'elles ont cherché l'attention d'un collègue médecin ou lorsqu'elles ont dû rechercher de l'aide pour elles-mêmes avec le risque que les autres membres de la collectivité soient au courant. De plus, les défis rencontrés dans leur travail quotidien ont nui à leur santé. Une infirmière de la santé publique a mentionné : « Parfois, le stress de tous les jours modifie le modèle de bien-être que j'ai en tête ».

## Répercussions de la restructuring dans le domaine agricole

Les collectivités agricoles et rurales de l'Alberta et d'ailleurs au Canada ont été profondément touchées par la spécialisation, la biotechnologie et les changements importants survenus dans les domaines de la commercialisation et du transport. Les changements économiques survenus dans le monde entier, la concurrence internationale, la dette du gouvernement, les compressions, la réduction des effectifs et l'impartition ont tous joué un rôle dans la restructuring des secteurs public et privé. Ces forces externes ont placé le pouvoir décisionnel au-delà des limites des collectivités géographiques et culturelles<sup>4</sup>.

Les femmes interrogées dans le cadre de l'étude ont décrit cette incertitude dans leur vie en ces termes : [TRANSCRIPTION] « La seule chose dont nous pouvons être certaines c'est que rien ne restera pareil », et « parfois, le changement ne semble survenir sans aucune raison valable ». Les femmes ont décrit les incertitudes vécues sur les plans financiers, météorologiques et organisationnels. Pour certaines, l'incertitude financière faisait référence à la réduction des revenus sur les exploitations agricoles. Les femmes ont parlé de l'augmentation des coûts, de la chute du prix des produits et de l'augmentation des taxes et des frais de transport en raison des règlements adoptés par le gouvernement. Depuis la fermeture des éleveurs à grains, il faut se rendre plus loin pour livrer les céréales, ce qui contribue à faire augmenter les coûts d'essence. [TRANSCRIPTION] « Sans mes revenus, nous serions bénéficiaires de l'aide sociale, je le sais », a déclaré une femme. Une autre participante a souligné : [TRANSCRIPTION] « La confiance personnelle et la valeur en prennent un coup lorsque nous voyons des amis dans l'obligation de vendre leur ferme et que nous nous demandons quand viendra notre tour ».

processus a modifié considérablement le modèle de gestion des soins de santé. La restructuring a entraîné la fermeture d'un grand nombre d'hôpitaux en milieu rural, la réduction des effectifs, la diminution de l'accessibilité aux services de santé et l'augmentation du fardeau imposé aux familles relativement aux soins de santé. Bon nombre de professionnels de la santé ont cessé d'exercer leur profession ou ont quitté la province afin de chercher un emploi dans d'autres régions et ont laissé derrière eux des collègues surmenés et stressés pour offrir les services<sup>5</sup>.

À cause des changements survenus sur le plan de la structure des soins de santé, les infirmières ayant participé à l'étude estimaient qu'elles devaient relever le défi d'offrir les soins désirés avec des ressources réduites et modifiées. Les infirmières de la santé publique et des soins à domicile qui ont participé à l'étude étaient préoccupées par le fait qu'elles avaient moins de temps pour offrir des soins de qualité et qu'elles étaient en moins grand nombre pour le faire. Les coupures budgétaires signifiaient de faire plus avec moins. Elles étaient également préoccupées par le manque d'intérêt pour la promotion de la santé et la prévention. [TRANSCRIPTION] « Ils ont régionalisé les services, mais ils n'ont pas vraiment donné d'argent pour les choses dont ils parlent, comme la promotion de la santé et la prévention ». Les infirmières ont décrit la perte de la « pratique holistique », les changements constants et les « activités supplémentaires ».

De plus, les infirmières ayant participé à l'étude ont décrit ce que représente la vie en milieu rural pour elles. Une infirmière de la santé publique a formulé le commentaire que les infirmières en milieu rural [TRANSCRIPTION] « entament leur soirée, elles ne prennent pas de pause, elles manquent leur dîner parce que leurs patients sont leur priorité [...] elles vivent dans la collectivité, ce sont les personnes avec qui elles vivent, ce sont leurs voisins [...] cela amène un sentiment entièrement différent face au travail ». En milieu rural, les limites personnelles et professionnelles sont confuses. Les habitants n'hésitent pas à appeler une infirmière chez elle, le soir et la fin de semaine, et n'hésitent pas non plus à demander conseil à une infirmière de la collectivité qui assiste à une soirée communautaire ou qui fait des courses pour sa famille. Si vous êtes une infirmière en santé publique ou à domicile, « vous êtes toujours en service ». Même si les demandes imposées à certaines infirmières étaient énormes, elles appréciaient leurs liens avec leur collectivité et la confiance que les membres plaçaient en elles.

# Restructuration des soins de santé, réforme agricole et expériences des femmes vivant en milieu rural avec le travail rémunéré et non rémunéré

D. Lynn Skillen, Faculty of Nursing, University of Alberta, Barbara Heather, Grant MacEwan College et Jennifer Young, Red Deer College

Comme la majorité des Canadiennes sont dans la population active, le travail rémunéré est une caractéristique fondamentale de la vie des femmes. La plupart des femmes employées accomplissent également un travail non rémunéré qui consiste à prendre soin des membres de leur famille et à assumer les tâches ménagères. Dans les collectivités rurales, un bon nombre de femmes font également du travail agricole non rémunéré. Dans la présente étude, nous examinons l'expérience des femmes qui font un travail rémunéré et non rémunéré dans le contexte de la restructuration de deux secteurs économiques importants pour la région rurale de l'Alberta, à savoir l'agriculture et les soins de santé.

Les changements économiques survenant dans le monde entier, la concurrence internationale, la dette du gouvernement, les compressions, la réduction des effectifs et l'impartition sont des caractéristiques de la restructuration tant dans les secteurs public que privé. Alors que les collectivités agricoles et rurales ont connu des changements profonds en raison de la spécialisation, de la mécanisation, du prix des céréales, de la biotechnologie et des changements sur les plans de la commercialisation et du transport<sup>1</sup>, elles ont également ressenti les répercussions de la restructuration des soins de santé, en particulier de la régionalisation, et des changements qui en ont découlé dans l'organisation et la gestion des services de santé<sup>2</sup>.

Dans cette étude descriptive, nous nous sommes penché(e)s sur le récit de la vie des femmes après la restructuration survenue dans les secteurs des soins de santé et de l'agriculture. Les chercheur(euse)s ont réalisé des entrevues semi-structurées (ou n = 34) auprès d'agriculteurs, d'infirmières de la santé publique et d'infirmières offrant des soins à domicile vivant dans quatre régions du Sud, du centre et du Nord de l'Alberta. Dix-huit femmes travaillaient sur une exploitation agricole et dans le domaine des soins infirmiers ou tout autre domaine connexe, comme la physiothérapie ou les soins continus. Les seize autres femmes travaillaient soit sur une exploitation agricole ou soit

dans le domaine des soins infirmiers. Au cours de la deuxième étape de l'étude, nous avons organisé sept groupes de discussion auxquels ont participé 56 femmes appartenant à des groupes professionnels semblables. L'analyse thématique de toutes les données a permis de déterminer trois thèmes récurrents dans les récits de ces femmes vivant en milieu rural : être fortes, conserver les valeurs et se battre afin de maintenir le contrôle et l'équilibre.

Le fait d'être fortes» reproduisait l'expérience des femmes de vivre dans l'incertitude, de travailler sans relâche, de faire face à la perte et de puiser sur les ressources personnelles. Par «conserver les valeurs», on faisait référence à l'impression qu'avaient les femmes d'être une «bonne» femme et d'apprécier la vie et la collectivité rurales tout en apportant sa contribution et en recherchant une reconnaissance pour cette contribution. Enfin, par «se battre afin de maintenir le contrôle et l'équilibre», on décrit les efforts réalisés par les femmes pour rester en santé tout en composant avec des demandes multiples. Peu de femmes se sont décrites comme des personnes qui étaient parvenues à un tel équilibre, la plupart estimaient qu'elles n'avaient qu'à «faire face et à continuer».

Dans cette étude, on a établi clairement que l'agriculture et les soins de santé contribuaient de façon importante à l'économie locale de ces régions. Les femmes ont révélé que la restructuration, tant dans le domaine de l'agriculture que des soins de santé, avait eu des répercussions qui avaient nui à leur capacité de prendre des décisions, à l'organisation du travail rémunéré et non rémunéré et à leurs impressions sur leur qualité de vie. Les sections qui suivent décrivent certaines expériences qu'ont vécu les femmes à la suite de la restructuration.

## Répercussions de la restructuration dans le domaine des soins de santé

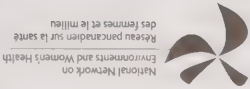
En 1994, le système de soins de santé de l'Alberta a subi un processus de régionalisation qui a favorisé la répartition du pouvoir décisionnel entre 17 régions régionales de la santé. Ce



permet de comprendre la relation qui existe entre le milieu de travail et le bien-être mental et physique des femmes. Même si les femmes ayant participé à l'étude faisaient état de préoccupations propres aux femmes qui travaillaient dans une petite entreprise (comme le manque de reconnaissance du travail non rémunéré, la sécurité, les attentes différentes des employeurs vis-à-vis les hommes et les femmes, et les descriptions de travail dans des milieux hautement sexualisés, comme les bars et les restaurants), les limites des ressources nous ont empêché d'explorer pleinement ces secteurs et ils devraient faire l'objet d'une recherche plus poussée. Même si les femmes ont déterminé que le climat économique influait sur leur capacité de trouver un emploi de qualité, elles ont également cerné de nombreux défis liés au fait d'exprimer leurs préoccupations ou d'entreprendre un changement dans le milieu de travail. Les conclusions de la présente étude ont des répercussions sur les politiques, surtout dans les domaines de l'élaboration des normes du travail, du respect de la Loi sur la santé et la sécurité au travail et des règlements en matière d'assurance-emploi.

On peut obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Trying to Work It Out: Newfoundland Women's Experiences in Small Workplaces*, à l'adresse suivante (par téléchargement) : [www.yorku.ca/nnewh/netfubs\\_reports.htm](http://www.yorku.ca/nnewh/netfubs_reports.htm), ou en faire la demande à l'adresse suivante :

Réseau pancanadien sur la  
santé des femmes et le milieu  
Centre d'études sur la santé  
Université York  
4700, rue Keele  
Bureau 214, York Lanes  
Toronto (Ontario)  
Canada M3J 1P3  
[www.yorku.ca/nnewh](http://www.yorku.ca/nnewh)  
Tél. : (416) 736-5941  
Télé. : (416) 736-5986  
[nnewh@yorku.ca](mailto:nnewh@yorku.ca)



## Discussion

Les petites entreprises ont souvent connu des changements économiques selon la période de l'année, et ces changements ont influencé le nombre d'employées embauchées, le nombre de quart travaillé par une employée, la fréquence à laquelle elle travaillait et son salaire. Plusieurs femmes ont fait part que le taux de chômage élevé à Terre-Neuve affectait leur stabilité d'emploi. [TRADUCTION] « [...] À cause du taux de chômage à Terre-Neuve, j'ai remarqué au cours des dernières années que [...] personne n'intervenait parce qu'il y a tellement [de gens] qui n'ont pas de travail [...] Il y a eu des cas où un employeur a dit "Nous avons 300 demandes pour votre poste. Vous êtes assez chancieuse de l'avoir." ».

Bon nombre de femmes ont établi des liens entre le milieu socioéconomique dans leurs collectivités et la qualité de leur travail. L'insécurité d'emploi était une préoccupation importante pour les femmes, en particulier pour les femmes vivant à l'extérieur de St. John's. Les femmes ont décrit les défis qu'elles devaient affronter pour trouver du travail dans les collectivités où elles vivaient. Les femmes vivant dans des collectivités situées à l'extérieur de St. John's ont mentionné qu'elles devaient parcourir de longues distances pour se rendre au travail, et toutes les femmes ont précisé qu'elles

La qualité du milieu de travail des femmes est fortement liée à l'employeur et au type de milieu de travail. Toutefois, la présente étude met en lumière plusieurs secteurs problématiques entourant le travail dans une petite entreprise, notamment le caractère inadéquat du milieu de travail physique et le manque de structure dans le milieu de travail et de stabilité d'emploi. La présente étude nous

## NOTES

- 1 Agence de promotion économique du Canada atlantique, *État de la petite entreprise et de l'entrepreneuriat dans la région de l'Atlantique*, Moncton, N.-B., APECA, 1996.
- 2 J. Eakin, « The Health and Safety of Women in Small Workplaces », dans *Invisible: Issues in Women's Occupational Health*, K. Messing, B. Neis et L. Dumais (éd.), Charlottetown, Gynenergy Books, 1995.

Les femmes ayant participé à l'étude ont décrit un large éventail de facteurs qui, à leur avis, ont contribué à leur environnement physique médiocre, y compris l'insuffisance de ressources financières, le manque de préoccupations au sujet de la sécurité, le manque de sensibilisation aux problèmes et le manque d'aptitudes en gestion afin de régler les problèmes reconnus. Bon nombre de femmes avaient l'impression que le fait de travailler dans une petite entreprise impliquait qu'elles travaillaient dans des conditions dangereuses. Une femme a émis le commentaire suivant : [TRANSCRIPTION] « Lorsque vous travaillez pour un organisme sans but lucratif [comparativement à] travailler pour une grosse entreprise qui a beaucoup d'argent, vous pouvez voir complètement la différence dans votre lieu de travail physique ».

### Relations de travail

Tous les groupes ont mentionné que les relations entre collègues étaient un facteur important dans leur environnement de travail. Plusieurs participantes estimaient que l'environnement d'une petite entreprise favorisait l'établissement de relations positives et étroites avec les autres employés, ce qui permettrait d'atténuer le stress. Mais on a toutefois précisé que, dans une petite entreprise, les conflits entre collègues étaient « amplifiés ». [TRANSCRIPTION] « Lorsque survient un problème interpersonnel dans une petite entreprise, il se trouve exagéré, alors que dans une entreprise plus grande, le problème n'en est pas vraiment un ou il y a d'autres personnes avec qui en parler. Lorsqu'il n'y a que deux ou trois employés et que le superviseur est déraisonnable... il est très difficile de régler le problème et vous l'avez toujours sous les yeux, toujours. » Dans une petite entreprise, l'interaction avec les collègues est inévitable et le manque d'espace physique exacerbe souvent le conflit. Dans ce genre de situation, les collègues deviennent une source importante de stress.

Durant les groupes de discussion, plusieurs femmes ont mentionné qu'elles ne connaissaient pas leurs droits en tant qu'employées. Dans certains cas, lorsque les employées avaient conscience d'une violation de leurs droits, elles avaient de la difficulté à « élever contre » les pratiques injustes. Les femmes ayant participé à l'étude ont fait part de leurs craintes de perdre leur emploi et avaient l'impression que leurs employeurs leur rappelaient la facilité avec laquelle ils pouvaient les remplacer.

femmes travaillaient de longues heures afin de joindre les deux bouts malgré leur maigre salaire. Les femmes ont décrit la façon dont les horaires imprévisibles nuisaient à leur vie familiale et créaient des problèmes pour ce qui est de la garde des enfants. Le travail par quart et les heures longues ou irrégulières ont entraîné des troubles du sommeil et de l'insomnie à plusieurs femmes.

En général, les femmes ayant participé à l'étude ont constaté qu'elles ne pouvaient pas faire part de leurs commentaires sur le type de travail qu'elles faisaient ni sur leurs conditions de travail. Toutefois, les femmes ont déterminé que les organismes sans but lucratif ou communautaires faisaient exception à ce modèle. Les femmes qui travaillaient dans ces organismes estimaient que leur travail était valorisant, et elles ont constaté que ces emplois avaient tendance à offrir une plus grande souplesse. Elles ont également vécu différents défis, surtout quand un organisme faisait face à des problèmes financiers. Elles ont décrit comment elles se sentaient souvent obligées de travailler, car il fallait manifestement que le travail soit fait dans la collectivité, ou elles sentaient une pression pour accepter des responsabilités supplémentaires hors du champ de leur description de travail.

### Environnement physique

L'environnement physique où travaillaient les femmes dépendait en grande partie du type de travail qu'elles effectuaient. Les femmes ont décrit un éventail de défis et de dangers qu'elles avaient rencontrés dans leur milieu de travail. Elles ont parlé du manque de contrôle sur la chaleur, le froid et la qualité de l'air. Bon nombre de femmes étaient exposées à la fumée secondaire ou ressemblaient, tels que le larmoiement, le dessèchement de la peau, les maux de tête et les étournements, causés par leur environnement de travail. Les femmes ont également fait part des facteurs de stress liés à l'ergonomie dans leur milieu de travail qui ont causé de l'inconfort temporaire ou, dans certains cas, des dommages musculaires durables exigeant le port d'un appareil orthopédique ou la réalisation d'exercices de physiothérapie. Dans leur récit, les femmes mentionnaient souvent qu'elles avaient été blessées en raison d'un équipement ou d'un poste de travail dont la mauvaise taille était inadéquate, parce qu'elles se tenaient sur place pendant de longues périodes, sans prendre de pause appropriée, et qu'elles avaient subi des microtraumatismes répétés.



# Femmes travaillant dans de petites entreprises

Agnieszka Kosny, Institut de recherche sur le travail et la santé, Department of Public Health Sciences, et le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

Un tiers des Canadiens et des Canadiennes travaillent dans des entreprises comptant moins de 20 employé(e)s. Dans un rapport publié en 1996, on révèle que plus de 90 p. 100 des entreprises du Canada atlantique étaient des petites entreprises<sup>1</sup>. Grâce à l'encouragement des gouvernements provinciaux et locaux, il y a de plus en plus de petites entreprises dans la région et un plus grand nombre de femmes y travaillent. La plupart de la recherche sur la santé des femmes au travail réalisée à Terre-Neuve a porté sur les femmes qui travaillent dans l'industrie de la pêche et nous en savons très peu sur l'expérience vécue par les femmes dans les petites entreprises ni sur leurs conditions de travail. De plus, lorsque l'on compare les compagnies plus importantes aux petites entreprises, on remarque que ces dernières font état d'un taux plus élevé de blessures et de maladie et que l'on y offre souvent un salaire inférieur, peu d'avantages sociaux et une instabilité d'emploi<sup>2</sup>.

La présente étude a été entreprise en vue d'étudier l'expérience vécue par les femmes qui travaillent dans une petite entreprise de la province de Terre-Neuve. En plus d'étudier comment le travail dans une petite entreprise affecte la santé et le bien-être des femmes, nous avons voulu connaître le point de vue des femmes sur la façon dont le climat économique qui prévaut à Terre-Neuve agit sur la qualité de leur vie professionnelle. Nous avons organisé neuf groupes de discussion dans cinq collectivités de la province, auxquels ont participé, au total, 60 femmes. Lors des rencontres, nous avons demandé aux femmes de décrire leurs expériences de travail dans une petite entreprise à Terre-Neuve au cours des 10 dernières années. Les femmes ont décrit les facteurs qui, selon elles, influencent sur leur santé et la façon dont leur santé et la santé de leur famille étaient liées à leur travail rémunéré, et elles ont examiné les différents éléments de leurs expériences de travail dans une petite entreprise (p. ex. la charge de travail, les politiques, les règlements et le milieu physique). Les participantes avaient entre 19 et 59 ans, et elles avaient différents niveaux de scolarité. Parmi elles, 24 femmes n'avaient pas d'enfants et 36 en avaient au moins un.

## Organisation sociale des petites entreprises

L'organisation du milieu de travail affecte les heures de travail, les horaires, le lieu de travail et le genre de tâches accomplies par les employées. Les femmes interrogées dans le cadre de l'étude ont décrit de quelle manière l'organisation des petites entreprises cause souvent de l'instabilité et de l'insécurité et comment la plupart des petites entreprises ont un grand nombre de points communs pour ce qui est des horaires instables, du manque de sécurité d'emploi et du manque de contrôle sur le type et la quantité de travail. Un point principal qui préoccupait les femmes était l'instabilité de leur horaire de travail. Bon nombre d'employeurs ne donnaient que quelques heures d'avis lors de la modification d'un horaire. Dans certains cas, les employées n'avaient pas d'horaire et elles étaient appelées lorsque l'on était occupé ou étaient renvoyées chez elles si l'ny avait pas de travail à faire. Les employées d'une petite entreprise travaillaient souvent seules et plusieurs participantes à l'étude ont décrit leur expérience de solitude et d'isolement, ainsi que leur inquiétude face à leur sécurité. Les femmes ont décrit comment le fait de travailler seules signifiait qu'elles ne pouvaient prendre de pause ni s'absenter pour aller aux toilettes.


Les participantes ont également décrit les défis auxquels elles doivent faire face pour prendre des congés dans des petites entreprises. Les femmes n'avaient pas de congés de maladie payés et hésaient à prendre de tels congés, car cela voulait dire qu'elles auraient une plus grande charge de travail à leur retour. Dans certains cas, les femmes sentaient de la pression de la part de leurs employeurs pour qu'elles fassent des heures supplémentaires tandis que, dans d'autres cas, les

# Avantages liés à l'activité physique chez les filles et les femmes

Colleen Reid, Lesley Dyck, Heather McKay et Wendy Frisby, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

L'étude fait état des possibilités et du potentiel de la recherche interdisciplinaire en établissant des liens entre certains des enjeux liés à la santé les plus courants auxquels les filles et les femmes doivent faire face aujourd'hui. Par exemple, la recherche a fait valoir qu'il y a 10 fois plus de femmes que d'hommes aux prises avec des troubles alimentaires et qu'il y a presque trois fois plus de femmes que d'hommes qui utilisent le tabagisme comme méthode de contrôle du poids. Si une fille ou une femme maintient un poids non sain par un apport calorique restreint ou en diminuant son appétit par le tabagisme, elle s'expose à un plus grand risque de mauvaise densité des minéraux osseux et d'ostéoporose. De plus, les maladies coronariennes, une cause importante de décès chez les femmes plus âgées, sont indéniablement liées au tabagisme. L'analyse pluridisciplinaire fait savoir que l'ostéoporose et les maladies du cœur sont liées à l'image corporelle et à l'estime personnelle, et on y laisse entendre qu'il faut aborder les questions d'image corporelle afin de prévenir ces maladies.

On peut obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *The Health Benefits of Physical Activity for Girls and Women: Literature Review and Recommendations for Future Research and Policy*, à l'adresse suivante (par téléchargement) : [www.bcccewh.bc.ca/Pages/publications.htm](http://www.bcccewh.bc.ca/Pages/publications.htm), ou en faire la demande à l'adresse suivante :



Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique

Canada V6H 3N1  
BC Women's Hospital and Health Centre  
E311 - 4500, rue Oak  
Vancouver (Colombie-Britannique)

www.bcccewh.bc.ca  
Tél. : (604) 875-2633  
Téléc. : (604) 875-3716  
bcccewh@cw.bc.ca

La recherche a clairement démontré les nombreux avantages positifs, sur la santé, découlant d'une activité physique régulière. Toutefois, la recherche réalisée dans ce domaine eu tendance à porter sur l'importance de l'activité physique d'un point de vue de la pratique d'un sport, de l'exercice et des loisirs, et on n'a pas pleinement exploré les répercussions de l'activité physique sur la prévention et la gestion de maladies et sur la réadaptation qui s'ensuit. Ces lacunes sont particulièrement pertinentes pour comprendre l'activité physique chez les filles et les femmes.

Dans une tentative en vue d'intégrer ce que l'on connaît des avantages liés à l'activité physique chez les filles et les femmes, une équipe multidisciplinaire composée de 12 chercheur(euse)s et un comité consultatif composé de représentant(e)s d'organismes de la santé et d'intervention gouvernementaux et non gouvernementaux ont collaboré avec le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique afin de recueillir les renseignements pertinents sur les avantages et les risques pour la santé liés à l'activité physique chez les filles et les femmes. Dans le rapport, on traite du lien complexe entre la santé et l'activité physique dans le contexte de la vie des filles et des femmes par l'adoption d'une approche pluridisciplinaire et holistique, et l'on y parle des domaines suivants :

- la santé psychosociale et le bien-être;
- l'image corporelle et l'estime de soi;
- les troubles alimentaires;
- l'abandon du tabac et le traitement pour toxicomanie;
- les maladies cardiovasculaires et l'hypertension;
- l'ostéoporose;
- le cancer lié aux oestrogènes;
- les symptômes de la ménopause;
- la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.

Le rapport intitulé *The Health Benefits of Physical Activity for Girls and Women: Literature Review and Recommendations for Future Research and Policy* est un portait pluridisciplinaire de ce que l'on sait des avantages liés à l'activité physique et des risques rattachés à l'inactivité physique sur l'état de santé des filles et des femmes.



des activistes et des travailleuses communautaires, et je leur ai demandé comment elles en étaient venues à voir une image positive d'elles-mêmes en tant que *femmes autochtones*, malgré tous les obstacles qu'elles avaient sûrement rencontrés. J'ai finalement écrit un livre à partir de ce mémoire<sup>2</sup> dans lequel je démontre que les femmes autochtones parviennent à la santé et à l'équilibre en participant à un processus de résistance, de réclamation culturelle et de reconstruction de nos méthodes traditionnelles afin de s'adapter à une vie moderne. Ce processus visant à établir l'identité comporte également une étape au cours de laquelle les femmes apportent leurs forces et leur pouvoir qu'elles utilisent dans le but d'obtenir un sentiment de responsabilité envers la collectivité. Le processus de résistance, de revendication, de construction et d'action nous permet de nous acquitter de nos responsabilités envers nous-mêmes, nos familles, nos collectivités, nos nations et toute la création, parce que nous savons que la bonne santé des autres et de celle de notre mère la terre sont liées à notre état individuel de bien-être, et que l'inverse est également vrai. C'est ce que l'on appelle vraiment un mode de vie sain.

Au fil des années, un grand nombre de femmes autochtones m'ont enseigné des leçons inestimables sur le voyage vers le bien-être, la bonne vie ou, si l'on veut, minobimadziwin. Je vois que ma responsabilité est de partager ces connaissances avec les autres. Je garde espoir qu'un jour nous verrons des statistiques sur la santé des femmes autochtones qui démontreront le pouvoir de notre engagement envers la guérison, le bien-être et la vérité de notre vision. Hai hai!

*Kim Anderson (Crie et Métis) est membre du comité de planification du Groupe de recherche sur la santé et la guérison des femmes autochtones, un organisme qui s'est engagé à mener de la recherche, à élaborer des politiques et à prendre des mesures concernant la santé et la guérison des femmes autochtones par la création d'un centre d'excellence pour la santé et la guérison des femmes autochtones. Mme Anderson est l'auteure du document Recognition of Being: Reconstructing Native Womanhood et co-éditrice (avec Bonita Lawrence) du document Women Stories: Native Vision and Community Survival.*

NOTES

1 M Dion Stout, G D. Kipling et R. Stout, *Projet de synthèse des recherches sur la santé des femmes autochtones*, rapport final, Winnipeg, Manitoba, Centre d'excellence pour la santé des femmes, 2001.

2 K. Anderson, *A Recognition of Being: Reconstructing Native Womanhood*, Toronto, Sumach Press, 2000.

dépossession, alors nous ne nous sentirons mieux qu'en revendiquant nos méthodes culturelles, intellectuelles et spirituelles qui nous ont été enlevées. Pour être en bonne santé et pour mener une bonne vie en tant que peuple autochtone, nous devons être rassurés sur notre culture autochtone et sur nous-mêmes. Si nous sommes séparés de notre identité et de nos origines, nous vivons une rupture intellectuelle, émotive et spirituelle qui peut nous rendre malade.

Je fais souvent de la recherche et des consultations dans la collectivité sur les programmes sociaux et de santé, et j'ai appris que les programmes qui réussissent le mieux sont ceux qui sont axés sur la culture. Qu'il s'agisse du diabète, du syndrome d'alcoolisme focal et l'abandon du tabac, les client(e)s réagissent mieux aux programmes qui offrent des approches, des connaissances et un enseignement traditionnels. Par exemple, si nous faisons de la prévention sur le diabète, nous pouvons parler des aliments traditionnels et de la façon dont les Autochtones ont compris et pratiqué la saine alimentation par le passé. Les enfants atteints du syndrome d'alcoolisme focal peuvent bénéficier grandement des médicaments traditionnels et rétablir leur relation avec la terre. L'abandon du tabac peut comporter les enseignements traditionnels sur l'usage approprié du tabac.

Ma contribution personnelle à l'amélioration de la santé des femmes autochtones a été d'écrire sur l'identité de la femme autochtone et de l'enseigner. Ce travail a débuté lorsque j'étais étudiante de deuxième cycle et que je faisais de la recherche visant à documenter les conditions généralement difficiles des femmes autochtones. Après avoir écouté les histoires des femmes qui avaient subi des mauvais traitements qui étaient passés sous silence, j'ai eu besoin de trouver un sentiment d'espoir. J'avais besoin d'une vision de femmes autochtones en santé et de femmes qui seraient bien placées dans leur collectivité et dans la société canadienne en général.

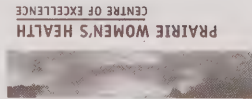
Au moment de rédiger mon mémoire de maîtrise, j'ai décidé de tracer la voie vers une identité et une expérience positives pour les femmes autochtones en interrogeant des femmes autochtones du Canada. J'ai recherché des chefs, des éducatrices, des artistes,

NOTES

1. Commission royale sur les peuples autochtones, *Points saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1996.

On peut obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Living Well: Aboriginal Women, Cultural Identity and Wellness*, à l'adresse suivante (par téléchargement) : [www.pwhce.ca/research.htm](http://www.pwhce.ca/research.htm), ou en faire la demande à l'adresse suivante :

Centre d'excellence pour  
la santé des femmes  
– région des Prairies  
56, The Promenade  
Winnipeg (Manitoba)  
Canada R3B 3H9  
[www.pwhce.ca](http://www.pwhce.ca)  
Tél. : (204) 982-6630  
Télé. : (204) 982-6637  
[pwhce@uwinnipeg.ca](mailto:pwhce@uwinnipeg.ca)



## Minobimadziwin : La bonne vie des femmes autochtones

Kim Anderson, Groupe de recherche sur la santé et la guérison des femmes autochtones

personne et en demeurant en harmonie avec toute la création qui nous entoure.

Peu d'entre nous peuvent se venturer d'atteindre cet état de bien-être. C'est la quête de toute une vie de trouver un tel équilibre. Pourtant, cette compréhension offre un cadre important pour nos luttes individuelles vers le bien-être, en plus de notre travail collectif vers le rétablissement de notre peuple.

L'état de maladie actuel chez les Autochtones est entrainé dans nos expériences d'oppression et de dépossession. Les femmes autochtones souffrent des effets destructeurs de la pauvreté, mais elles souffrent également d'une pauvreté survenue quand on vous a dépouillé de vos connaissances, de votre culture et de votre identité traditionnelles en faisant usage de politiques agressives qui favorisent l'assimilation et le génocide culturel. Cet effacement est une cause directe de toutes les statistiques effroyables sur l'état du peuple autochtone. La bonne nouvelle est que nos expériences nous ont forcés à développer certains des travaux les plus créateurs et à la fine pointe dans les domaines de la santé, de la guérison et du rétablissement.

La plupart du travail de guérison que nous avons réalisé a incorporé le génie de nos ancêtres. Ce fait est logique, car, si nous sommes devenus malades en raison de notre

On a établi depuis longtemps que, dans l'ensemble, les femmes autochtones du Canada ne jouissaient pas d'une bonne santé. Dans le document *Santé des femmes autochtones : projet de synthèse des recherches*, rédigé en 2001, on souligne que les femmes autochtones ont un état de santé que l'on retrouverait habituellement dans un monde en développement. Dans le document, on y cite une espérance de vie inférieure à celle de la population en général et des taux élevés de suicide, de toxicomanie, de violence conjugale, d'incarcération, de maladies transmissibles sexuellement, de handicap et de maladie chroniques<sup>1</sup>. Il s'agit de l'héritage du colonialisme que vivent chaque jour les femmes autochtones contemporaines. Dans nos efforts afin de trouver une issue à cette crise, nous devons faire appel à une vaste compréhension du mode de vie sain comme nos ancêtres le connaissaient, et nous devons revaloriser notre identité en tant que femmes autochtones.

Les stratégies courantes se concentrent habituellement sur les éléments physiques du bien-être, mais en tant que peuples autochtones, nous savons que cela ne suffit pas. Nos aînés nous rappellent que la bonne santé couvre non seulement l'aspect physique, mais également l'aspect mental, émotionnel et spirituel de notre être. Les Anishinaabe désignent la bonne santé, ou la «bonne vie», par le terme «minobimadziwin». Cet état d'être est atteint en maintenant l'harmonie et l'équilibre entre l'esprit, le corps et l'âme de la



et reconnaître l'importance des femmes dans les cultures traditionnelles. Les femmes ont insisté sur l'importance de revendiquer les traditions et de redonner l'honneur et le respect aux femmes pour le rôle qu'elles jouent auprès de leur famille et de leur collectivité. Une participante a déclaré ce qui suit : [TRANSCRIPTION] « Si les femmes autochtones veulent s'affirmer ou être habilitées par leur collectivité, elles doivent retourner à leurs racines, à la base de leur culture. C'est ce qui nous amènera à respecter et à honorer les femmes... Lorsque le respect et l'honneur seront présents dans nos collectivités, nous n'aurons pas de problème, tout le monde sera habilité. »

Les participantes ont demandé une plus grande représentation des femmes dans les postes de gestion et de direction. Une femme a exprimé d'un air frustré que, même si l'ensemble de sa collectivité était réellement dirigé par des femmes, et que les femmes occupaient la plus grande partie des emplois, des travailleuses aux chefs de services, les principaux postes de la collectivité étaient comblés par des hommes. Elles ont parlé de la nécessité d'encourager activement les femmes à s'appuyer mutuellement. Les femmes ont également reconnu la nécessité d'appuyer davantage les hommes, dont bon nombre luttent maintenant afin de maintenir et de recouvrer le sentiment de leur propre force et de leur propre valeur; les enfants, qui ont besoin de soins, de protection et d'encadrement, et qui le méritent, et les aînés, qui offrent la sagesse et les connaissances provenant de leur longue expérience de vie. En reconnaissant que leur propre bien-être est étroitement lié à celui de leur collectivité, les femmes ont compris que, au fur et à mesure que leur collectivité assumerait un plus grand contrôle et une plus grande prise en charge de leurs cultures, les collectivités et les femmes deviendront plus fortes et en meilleure santé.

## Conclusion

Pour pouvoir parvenir à « une bonne qualité de vie », les femmes ayant participé à l'étude ont dû trouver un équilibre entre les aspects physiques, émotionnel, mental et spirituel de leur propre personne et de leur collectivité. Les femmes ont mis l'accent sur le bien-être par rapport à la maladie, et elles ont décrit leur santé et leur bien-être comme étant étroitement liés à leur identité culturelle et à un large éventail de déterminants de la santé. Cette compréhension affirme l'importance d'aller au-delà d'une approche scientifique de la santé et de la guérison afin d'intégrer une compréhension holistique des approches de la santé dans les pratiques et les politiques en matière de soins de santé.

*dans un groupe de gens auxquels je peux transmettre un message, je les encourage à rechercher le bien-être et à prendre soin des autres au travail, et à le faire à la maison, c'est ce que je fais. Je profite de chaque occasion. Et je le partage avec les autres.»*

Nous avons demandé aux participantes de décrire certaines des méthodes utilisées pour s'occuper du bien-être et de la guérison dans leurs collectivités. Pour bien des femmes, la responsabilité du bien-être de la collectivité commençait à la maison, dans leurs relations avec la famille et les amis. Plusieurs des femmes estimaient qu'une des contributions les plus significatives pour le bien-être de leur collectivité était d'élever leurs enfants pour qu'ils deviennent des personnes entières et en santé, pour qu'ils puissent devenir des personnes autonomes [TRANSCRIPTION] « soient des personnes autonomes qui ne dépendent de personne », « pour qu'ils deviennent des personnes plus fortes, pour qu'ils comprennent le pouvoir qui se trouve en eux(elles), pour qu'ils fassent tout ce qu'ils désirent et pour qu'ils sachent qu'ils(elle)s n'ont pas besoin de rester dans des relations malsaines. » En outre, certaines des femmes cœuraient très activement auprès de leurs petits-enfants ou aidaient les membres de la collectivité à devenir des personnes entières et en santé.

## Renforcement des femmes autochtones dans leur collectivité

[TRANSCRIPTION] « On nous a enlevé ou retiré nos rôles traditionnels – peu importe comment cela s'est produit – mais nous ne sommes plus aussi forte(s) dans nos collectivités. Nous avons déjà été les créateur(trice)s et les décideur(euse)s dans nos collectivités – sur les plans culturels et traditionnels, nous devons reprendre ce rôle. »

Les participantes estimaient que, pour renforcer les femmes autochtones, les gens et leur collectivité doivent revendiquer

*dans ces autres domaines également. Ou si quelque chose clochait sur le plan émotionnel ou mental, je sentais en déséquilibre. Dans mon cas, j'essaie de maintenir un équilibre entre tous ces domaines. Si je mange bien et dors suffisamment, ou quelque chose du genre, c'est le bien-être physique. Spirituellement, à savoir si vous allez à l'église, si vous faites vos prières. Et en parlant aux gens. Pour moi, le bien-être commence par soi, dans nos interactions ou nos relations avec les membres de notre famille, de notre collectivité ou de notre nation. »*

Les femmes qui ont participé à la présente étude ont trouvé bien des façons de s'occuper de leur bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel. La plupart des participantes ont décrit ce qu'elles faisaient pour prendre soin de leur corps physique, comme manger sainement, suivre un régime végétarien ou éviter la malbouffe. La plupart des femmes font régulièrement de l'exercice, elles pratiquent la marche, la course à pied, la natation ou le patin à roues alignées. Toutefois, pour prendre soin de son corps physique, il faut beaucoup plus que bien manger ou faire de l'exercice. Comme l'a mentionné une des participantes : [TRANSCRIPTION] « Ce que j'ai constaté dans la vie, c'est que tout est dans notre corps. Toute la douleur, tous les chagrins et tout le stress sont dans notre corps physique. »

Les femmes ayant pris part à la recherche avaient une vie spirituelle riche. Elles ont insisté sur l'importance de la spiritualité qui se manifeste par des pratiques quotidiennes telles que la prière, la purification ou simplement par un engagement continu à traiter les autres avec honneur et respect. En prenant le temps de sentir leurs liens spirituels, les personnes peuvent se réorienter, raffermir leur confiance, s'ancre et retrouver leur identité. Bien des femmes estiment que le fait d'accorder une attention pratique et attentive à tous les aspects de leur être et de leur bien-être leur a permis de façon inhabituelle de relever des défis et de prendre des risques dans leur vie.

## Contribution au bien-être de la collectivité

[TRANSCRIPTION] « Je pense vraiment que notre collectivité doit être en bonne santé; je le vois, et je pense que ça commence vraiment par chacun d'entre nous. J'essaie de mettre cela en pratique dans ma vie quotidienne, et j'essaie également de renforcer ce point dans la collectivité, en particulier par mon travail. Si je peux me retrouver

entrevues et les groupes de discussion ont été organisés dans quatre collectivités du Manitoba, à savoir dans un grand centre urbain, dans une collectivité des Premières nations du Nord du Manitoba, dans une petite ville du Sud et dans une collectivité relativement proche de plusieurs Premières nations du Nord du Manitoba. Les discussions ont porté sur plusieurs domaines thématiques, notamment a) la façon dont les femmes ont maintenu leur bien-être personnel, b) la façon dont elles ont maintenu le bien-être de leur collectivité et c) la façon dont les changements aux relations entre le bien-être et leur collectivité pouvaient survenir. Nous avons demandé aux femmes : [TRANSCRIPTION] « Que faites-vous pour assurer votre bien-être dans votre vie quotidienne? Quels sont certains des moyens que vous utilisez pour être en santé? Comment le bien-être est-il intégré à votre collectivité? Quelles sont certaines des méthodes que vous utilisez pour assurer le bien-être de votre collectivité? Que pourrait faire votre collectivité afin de renforcer les femmes autochtones? Que pouvons-nous faire en tant que femmes autochtones pour renforcer nos collectivités? »

## Identité et mieux-être


Les femmes autochtones qui ont participé à ce projet prennent soin de leur santé et de leur bien-être en prêtant attention à tous les aspects de leur être – physique, mental, émotionnel et spirituel – et en maintenant l'équilibre entre eux. Elles ont perçu leur propre identité et leur propre bien-être en termes holistiques. L'identité des femmes est indissociable de leur famille, de leur histoire, de leur collectivité, de leur place et de leur spiritualité, et elle doit être étudiée dans le contexte de la vie globale. Le sentiment d'identité communautaire était solide, enraciné dans leur famille et englobait les amis, les voisins, les pairs, les collègues et les gens qui ont des expériences et des intérêts communs et s'étendait à leur groupe individuel des Premières Nations. L'importance de l'identité culturelle était présente tout au long des discussions de groupe et faisait partie de la compréhension des femmes quant au bien-être individuel et communautaire.

## Pratique du mieux-être personnel

[TRANSCRIPTION] « Le bien-être, c'est l'équilibre dans votre vie physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Vous essayez toujours de trouver un équilibre entre ces éléments de votre vie. Par exemple, je suis toujours en train de mettre des choses dans mon corps que je ne devrais pas mettre. Je serais certainement en déséquilibre



Pour obtenir un exemplaire intégral du rapport, intitulé *Caregiver Resilience and the Quest for Balance: Final Report of the Qualitative (Focus Group) Team*, il suffit d'en faire la demande à l'adresse suivante :



Le Centre d'excellence de l'Atlantique  
à la santé des femmes  
Atlantic Centre for Women's Health

**Centre d'excellence pour la santé  
des femmes – région de l'Atlantique**  
305 - 5475, chemin Spring Garden  
Halifax, (Nouvelle-Écosse)  
Canada B3J 3T2  
www.acewh.dal.ca  
Tél. : (902) 494-7858  
Numéro sans frais : 1 888 658-1112  
Télé. : (902) 494-7852  
acewh@dal.ca

NOTES

1. M. K. Hoffman, *Self-Awareness in Family Caregiving*, rapport de la National Family Caregiving Association, 2002.

# Une bonne qualité de vie : Les femmes autochtones, l'identité culturelle et le bien-être

Alex Wilson, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies

La présente étude donne un aperçu important de la diversité de la prestation de soins avec ses nombreuses significations et expressions. Dans le cadre d'un programme de recherche plus important qui englobe une enquête, une analyse de données secondaires et des portraits de soignant(e)s, cette étude qualitative permet de mieux comprendre la dimension de la prestation de soins. Par conséquent, la prestation de services de santé reflète les nouveaux aperçus de la valeur et des attentes apportées par la prestation de soins et le travail rémunéré.

positive sur le bien-être des femmes autochtones au Manitoba qu'exercent les facteurs suivants : l'identité culturelle, les moyens utilisés par les femmes autochtones pour conserver et mettre à profit les valeurs culturelles, les connaissances et les enseignements auxquels elles font appel pour se guérir et guérir leur famille et les membres de leur collectivité.

Qu'est-ce qui contribue à la santé et au bien-être des femmes autochtones du Manitoba? Qu'est-ce qui a influencé l'identité des femmes autochtones? Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé la présente étude en organisant des groupes de discussion et en menant des entrevues afin d'explorer l'identité culturelle et le bien-être dans l'expérience de la vie quotidienne et la compréhension personnelle des femmes autochtones. La méthodologie utilisée dans le cadre de l'étude était guidée par les principes qui reflètent les valeurs et les croyances des collectivités autochtones locales, y compris la communauté des connaissances et de la réciprocité, la reconnaissance des liens spirituels, la responsabilisation relationnelle et le holisme. Les

La vision traditionnelle, qu'ont les collectivités autochtones du Manitoba, de la santé et du bien-être est nettement différente de la vision qui a été généralement dominante dans la plupart des établissements de santé du Canada. « Les concepts autochtones de santé et de guérison découlent de la conviction que tous les aspects de la vie sont interdépendants. Par conséquent, le mieux-être découle d'un équilibre et d'une harmonie entre tous les aspects de la vie personnelle et collective<sup>1</sup>. Heureusement, dans une proportion de plus en plus grande d'études de recherche, d'analyses et de politiques portant sur la santé des Autochtones du Manitoba, on prend conscience du caractère indissociable de l'identité culturelle, de la santé et du bien-être, et l'on tente d'utiliser une compréhension holistique beaucoup plus traditionnelle de la santé et du mieux-être.

Ce projet de recherche, entrepris par le Comité de recherche sur la santé des femmes autochtones subventionné par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, vise à accroître notre compréhension de l'incidence

- Expériences de prestation de soins dans des groupes de référence sur l'équité dans les collectivités : Les expériences de prestation de soins des femmes autochtones, des femmes afro-canadiennes, des immigrantes et des femmes handicapées.

## Incidence sur la santé et récompense de la prestation de soins

La section suivante vise à décrire les constatations de l'étude au sujet de deux aspects importants de la prestation de soins : l'impact sur la santé et la récompense de la prestation de soins.

Un bon nombre des soignant(e)s ont relevé des préoccupations sociales, mentales, physiques et nutritionnelles liées à la santé. Les participant(e)s ont subi des bouleversements profonds dans leur vie sociale à cause de l'énorme charge de travail supplémentaire apportée par la prestation de soins. Leur vie sociale a été affectée, leur incapacité à maintenir des réseaux sociaux a augmenté et leur réseau d'amici(e)s a rétréci. Comme l'une des personnes participantes l'a mentionné : [TRADUCTION] «Quelle vie sociale?». En général, les participant(e)s ont conclu que le fait de se concentrer sur la prestation de soins aux bénéficiaires voulait dire que leurs propres soins venaient en second rang. [TRADUCTION] «Le(la) bénéficiaire de soins a la priorité. Vous essayez toujours de les protéger, vous ne pensez presque jamais à vous-même.»

Les soignant(e)s ont également vécu des répercussions au plan émotionnel, mental ou cognitif, sur leur santé. Certaines de ces répercussions découlaient du stress associé aux soins et aux répercussions physiques que subit le corps. La majorité des participant(e)s ont connu une surcharge de travail concernant leur travail rémunéré et leur travail bénévole, ce qui a représenté une source de stress. La prestation de soins affecte également la santé physique des participant(e)s. Il(elle)s ont souvent précisé que l'épuisement et la perte d'énergie et de leur force étaient liés à la prestation de soins. Ces conséquences découlaient des tâches actuelles liées à la prestation de soins, comme le lavage, l'entretien ménager, les soins émotifs, le nettoyage et la cuisine, ainsi que leurs exigences répétées et continues. Un(e) participant(e) a formulé le commentaire suivant : [TRADUCTION] «Vous pouvez vous retrouver à refuser une invitation à une sortie parce que vous êtes trop fatigué(e)».

Une partie des répercussions sur la santé vécues par les personnes soignantes peut avoir été influencée par leur alimentation et leur régime. Bon nombre estimait que leur alimentation laissait à désirer tant sur le plan de la qualité que de la quantité, parce qu'elles devaient composer avec des contraintes de temps en raison des nombreuses responsabilités liées à la prestation de soins. Comme le(la) soignant(e) d'une personne handicapée l'a expliqué, bien s'alimenter n'était pas sa priorité. [TRADUCTION] «Parfois, quand vous avez fini de vous occuper de tout le monde, tout ce que vous voulez faire c'est de vous étendre quelque part, et la nourriture est loin de vos pensées, ce n'est pas une priorité.» Bon nombre de personnes soignantes estimaient qu'elles n'avaient pas assez de temps ni d'énergie pour se préparer un repas approprié ou adéquat.

Malgré le grand nombre de défis qu'il(elle)s ont du relever, les participant(e)s ont parlé des récompenses de la prestation de soins. Ce sont souvent les récompenses qui ont aidé les soignant(e)s à relever les défis. Les participant(e)s ont décrit qu'une des récompenses est le simple fait de se sentir bien dans leur peau, car lorsqu'il(elle)s s'occupaient des autres, les soignant(e)s avaient l'impression d'être utiles. En outre, le fait d'offrir des soins leur procurait un sentiment d'accomplissement. Les personnes qui s'occupent d'enfants reconnaissent plus particulièrement l'influence qu'elles avaient sur leurs enfants, et la connaissance et les aptitudes qu'elles pouvaient leur inculquer leur procuraient un sentiment de satisfaction.

L'autre récompense importante liée à la prestation de soins était l'éducation que le(la) soignant(e) recevait, tant sur le système de soins de santé et la prestation de soins que sur leurs émotions. Tout au long de la routine quotidienne, il(elle)s apprenaient comment avoir accès aux ressources offertes par le système de santé en plus des nombreuses compétences en soins infirmiers associées à la prestation de soins à une personne. Les participant(e)s ont également décrit un certain nombre de caractéristiques, comme la compassion, la patience et la compréhension, qu'il(elle)s avaient développées durant leur travail de soignant(e). [TRADUCTION] «Vous apprenez la patience, la confiance en soi et l'assurance. Il n'y a pas d'autre façon de faire. Ce sont de petits mots pour ce que j'essaie de décrire. Je pense que cela est vraisemblablement davantage lié à la spiritualité, à l'aspect spirituel de la confiance en soi et de l'assurance.»



# Un sain équilibre : Le travail rémunéré et non rémunéré des femmes en Nouvelle-Écosse

Jacqueline Gahagan, Charlotte Loppie, Laurene Rehman, Dalhousie University, Katherine Side, Mount. St. Vincent University, Marlene MacLellan, Nova Scotia Community College, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique et Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse

Par «prestation de soins», on entend un travail non rémunéré consistant à offrir des soins tout au long de la vie, ce qui comprend la prestation de soins aux enfants, aux adolescents et aux adultes de tous les âges. Traditionnellement, la recherche a porté sur la croissance, la nature et les aspects économiques de la prestation de soins. Il y a donc peu de documents qui portent sur les besoins psychosociaux des soignant(e)s et sur l'importance de l'âge, du sexe, de la race et de l'ethnicité, de la situation maritale, des revenus et des états de service du(de la) soignant(e) et du(de la) bénéficiaire<sup>1</sup>.

**Détermination de la soignante et quête de l'équilibre**  
L'étude intitulée *Un équilibre sain : Une alliance communautaire pour la recherche en santé sur le travail non rémunéré des femmes comme aidantes naturelles* a été réalisée en 2001. Elle est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et parrainée conjointement par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique et le Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse. Ce projet de recherche s'intégrait au *Health Balance Research Program*. Une partie de l'étude consistait à organiser des groupes de discussion avec des personnes soignantes de diverses collectivités et selon diverses situations de prestation de soins d'un bout à l'autre de la Nouvelle-Écosse. L'équipe de recherche a organisé 18 groupes de discussion et a parlé à 98 femmes et 9 hommes âgés de 17 à 85 ans. Les participant(e)s ont également représenté divers groupes ethnoculturels, dont les Premières nations (n=15), les Afro-Canadiens (n=16), les Blancs (n=49), les nouveaux Canadiens (n=13) et les autres groupes (n=14). Les participant(e)s avaient offert des soins sur une période moyenne de dix ans. On a élaboré un guide de discussion pour le groupe de discussion afin de mieux comprendre la relation entre les soignant(e)s bénévoles, l'habilitation et l'état de santé, d'approfondir les «pratiques

- **Qui sont les personnes soignantes? Les antécédents des personnes soignantes, leurs compétences et leurs qualités, leur sexe et leur race, ainsi que la dynamique familiale à l'intérieur de laquelle elles offrent un soutien.**
- **Le travail supplémentaire des personnes soignantes bénévoles : Comment les participant(e)s établissent un équilibre entre leurs multiples rôles et responsabilités, y compris l'intervention, qui est une composante importante de la prestation de soins.**
- **Qui se préoccupe des personnes soignantes? Les répercussions sociales de l'évaluation des ressources des personnes soignantes à l'intérieur des domaines familiaux, personnels et sociaux particuliers.**
- **S'occuper de la personne soignante – Réseaux personnels et communautaires : Comment les personnes soignantes prennent-elles soin d'elles-mêmes, comment demandent-elles et reçoivent-elles du soutien de leur famille, de leurs ami(e)s et de leur collectivité?**
- **Ressources organisationnelles : Les ressources à la disponibilité des soignant(e)s, leur difficulté à y avoir accès et les lacunes du service.**

femmes. L'évaluation de la recherche et des programmes permet d'appuyer l'élaboration de mesures prioritaires et la mise en œuvre directe de programmes et d'assurer le suivi de l'efficacité des politiques et des programmes au fil du temps.

Une méthode importante servant à appuyer les femmes pour qu'elles vivent plus sainement consiste à apprendre à partir de l'expérience. Par exemple, la réalisation d'un examen des meilleures pratiques laisse supposer que l'on pourrait réduire la consommation de tabac durant la grossesse, si l'on mettait en place des interventions adaptées aux groupes particuliers de fumeuses enceintes et en parlant de la stigmatisation dorennavant liée au tabagisme. De même, pour offrir un soutien aux femmes en vue de les inciter à exercer des activités physiques, il faut mettre en marche des mesures aux échelons individuels et communautaires. Selon la recherche réalisée en Colombie-Britannique, des mesures sont plus susceptibles d'être prises pour appuyer les activités de loisirs des femmes à faible revenu lorsque les femmes elles-mêmes participent à un partenariat partagé avec les décideurs communautaires.

La vision d'un mode de vie sain pour les femmes décrite dans le présent numéro comprend la réduction du tabagisme et l'amélioration de la santé et de l'alimentation, mais exige que les mesures prises pour régler ces problèmes soient adaptées et tiennent compte du contexte. De plus, les auteur(e)s démontrent collectivement qu'il faut prendre des mesures pour ce qui est des déterminants de la santé qui vont au-delà du système de soins de santé afin d'appuyer la santé et la vie des femmes. Il s'agit manifestement d'un appel afin [TRADUCTION] «d'élaborer des politiques et des services qui sont accessibles et appropriés et qui améliorent la capacité des femmes à résister aux pressions qui nuisent à la santé et qu'elles rencontrent dans leur vie quotidienne.<sup>1</sup>»

## NOTES

1. N. Daykin et J. Naidoo, «Feminist Critiques of Health Promotion», dans *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, R. Bunton, S. Nettleton et R. Burrows (éd.), London et New York, Routledge, 1995, p. 59-69.

entreprise ou dans une industrie en voie de restructuration, ont une incidence sur ces choix. Il en va de même du bien-être économique d'une femme sur lequel influent d'autres aspects de la sécurité sociale, comme le niveau actuel de prestations d'assistance sociale, l'existence de services de garde d'enfants et de relève subventionnés par l'État et l'accès au logement social.

De toute évidence, la possibilité qu'ont les femmes d'avoir un mode de vie sain varie en fonction de leur situation particulière. Dans cette optique, plusieurs des auteur(e)s d'articles publiés dans le présent numéro se penchent sur les éléments qui pourraient appuyer un mode de vie sain des femmes autochtones. Ils ou elles laissent entendre que ces éléments sont essentiels pour comprendre les disparités sur le plan de la santé auxquels font face les peuples autochtones du Canada et qu'une partie de la solution réside dans le respect de l'identité culturelle et dans la compréhension que la santé entraîne l'intégration des aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels. Ils ou elles réclament l'élaboration de politiques qui sont significatives, appropriées et adaptées à l'amélioration des conditions économiques et sociales qui causent des dommages à la santé des Autochtones. Pour les femmes, cela signifie également de situer leurs rôles en tant que soignantes et protectrices de la santé dans des contextes culturels et pratiques appropriés lorsque l'on propose ou que l'on met en œuvre des politiques et des programmes.

Dans le présent numéro, certaines des solutions proposées visent à maximaliser le rôle d'amélioration de la santé des déterminants sociaux de la santé, y compris le logement, les politiques d'assistance sociale et les conditions de travail. Il est possible d'utiliser des outils comme la planification non sexiste de la santé afin d'adapter des politiques et des programmes aux réalités particulières de la vie des filles et des



Lancé en 1996, les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) et le *Bulletin de recherche* sont financés par Santé Canada (Programme de contribution pour la santé des femmes) et administrés par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes. Ce programme est un volet important de la stratégie pour la santé des femmes. Chacun des quatre centres, situés à Halifax, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver, est un partenariat dynamique entre des universitaires, des chercheuses, des prestataires de soins, des groupes communautaires de femmes et des organismes sur la santé des femmes. Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), qui est financé en vertu du PCSF, a pour mandat de favoriser le réseautage et les communications à l'échelle nationale.



Centres d'excellence  
pour la santé des femmes  
centres of excellence  
for women's health

Centres d'excellence  
pour la santé des femmes  
Bureau pour la santé des femmes  
et l'analyse comparative entre les sexes  
Santé Canada  
Localisateur postal 1903C  
3<sup>e</sup> étage  
Immeuble Jeanne-Mance  
Pré Tunney  
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9  
Tél. : (613) 952-0795  
Tél. : (613) 941-8592  
cewhp@hc-sc.gc.ca  
www.hc-sc.gc.ca/femmes

## PASSATION DE COMMANDE

On peut se procurer des numéros antérieurs ou d'autres exemplaires du présent numéro auprès du RCSF.

Le Réseau canadien pour  
la santé des femmes  
Canadian Women's  
Health Network



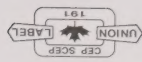
Réseau canadien  
pour la santé des femmes  
419, avenue Graham  
bureau 203  
Winnipeg (Manitoba)  
Canada R3C 0M3  
Tél. : (204) 942-5500  
Tél. : (204) 989-2355  
Numéro sans frais :  
1 888 818-9172  
ATS sans frais: 1-866-694-6367  
cwhn@cwfn.ca  
www.cwfn.ca

**Vous désirez vous abonner?**  
Le Bulletin de recherche est envoyé gratuitement aux personnes et aux organismes à travers le Canada qui ont un intérêt pour la recherche en santé des femmes. Si vous désirez vous abonner, veuillez communiquer avec le RCSF. (Si vous désirez mettre fin à votre abonnement, faites-le-nous savoir également.)

## PRODUCTION

Rédactrice  
Ann Pederson  
Rédactrice adjointe  
Tasnim Nathoo  
Responsable de la production  
Susan White  
Traduction française  
Le Groupe de traduction  
Masha Krupp limitée  
Susan White  
Folio Design  
Winnipeg Sun Printing Services

Tous les idées dans ce bulletin, y compris les éditoriaux, représentent les opinions des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques officielles de Santé Canada ou des Centres d'excellence pour la santé des femmes.



## LE PROGRAMME DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

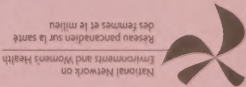
Centre d'excellence pour  
la santé des femmes – région  
de la Colombie-Britannique  
BC Women's Hospital  
and Health Centre  
E311 – 4500, rue Oak  
Vancouver  
(Colombie-Britannique)  
Canada V6H 3N1  
www.bcccewh.bc.ca  
Tél. : (604) 875-2633  
Tél. : (604) 875-3716  
bcccewh@cw.bc.ca



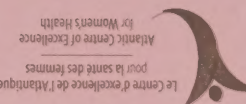
Centre d'excellence  
pour la santé des femmes –  
région de la Colombie-Britannique

Centre d'excellence pour  
la santé des femmes – région  
des Prairies  
56, The Promenade  
Winnipeg (Manitoba)  
Canada R3B 3H9  
www.pwhce.ca  
Tél. : (204) 982-6630  
Tél. : (204) 982-6637  
pwhce@uwinnipeg.ca

PRAIRIE WOMEN'S HEALTH  
CENTRE OF EXCELLENCE



Réseau pancanadien sur la santé  
des femmes et le milieu  
Centre d'études sur la santé  
Université York  
4700, rue Keele  
Bureau 214, York Lanes  
Toronto (Ontario)  
Canada M3J 1P3  
www.yorku.ca/nnewh  
Tél. : (416) 736-5941  
Tél. : (416) 736-5986  
nnewh@yorku.ca



Centre d'excellence pour  
la santé des femmes –  
région de l'Atlantique  
305 - 5475, chemin Spring Garden  
Halifax, (Nouvelle-Écosse)  
Canada B3J 3T2  
www.acewh.dal.ca  
Tél. : (902) 494-7858  
Numéro sans frais :  
1 888 658-1112  
Tél. : (902) 494-7852  
acewh@dal.ca

© 2005 Centres d'excellence pour la santé des femmes  
ISSN 1496-3612 Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes  
Numéro de convention : 40036219



# BULLETIN DE RECHERCHE

## des centres d'excellence

### pour LA SANTÉ DES FEMMES



VOLUME 4

NUMÉRO 2

## Visualiser un mode de vie sain pour les femmes

Le Mouvement pour la santé des femmes ainsi que trois décennies de recherche et de pratique dans le domaine de la promotion de la santé ont permis de démontrer que la santé des femmes est inextricablement liée au contexte de leur vie. C'est pourquoi, lorsque l'on pense à un mode de vie sain pour les femmes, il est important de reconnaître les contextes sociaux, économiques et environnementaux qui façonnent et limitent les actions individuelles et communautaires liées à la santé, et d'y réagir. Chez la femme, la toxicomanie, l'activité physique et l'alimentation, des éléments qui font l'objet d'une attention renouvelée à la lumière de l'augmentation du taux de maladies chroniques, ne sont pas simplement des choix de mode de vie, mais elles reflètent plutôt des modèles de vie surgis de milieux particuliers et modèles par les relations personnelles, les normes sociales, les circonstances économiques et les politiques gouvernementales.

Dans le présent numéro du *Bulletin de recherche*, nous mettons au défi les lecteur(ric)e(s) d'examiner ce dont les femmes ont besoin pour mener une vie saine. Les auteures du premier article commencent en faisant l'observation que, pour la plupart des femmes, leurs activités de pourvoyeuses de soins sont une caractéristique essentielle de leur vie. Les responsabilités rattachées au rôle de pourvoyeuse de soins assumé par les femmes déterminent comment ces dernières passent leur journée et limitent éventuellement le temps qu'elles peuvent consacrer à d'autres activités, comme les loisirs, l'éducation, l'engagement communautaire, les relations sociales et le travail rémunéré. Les activités de pourvoyeuse de soins déterminent efficacement la nature du bien-être économique des femmes.

Les responsabilités rattachées au rôle de pourvoyeuse de soins signifient que les femmes doivent trouver un équilibre entre leur travail rémunéré et leur travail non rémunéré. Elles font des choix lorsqu'il est question d'élever leurs enfants, de prendre soin des membres de leur famille qui sont malades et d'appuyer les adultes vieillissants et d'offrir un soutien physique, émotionnel et pratique à leurs partenaires. La configuration particulière du foyer, les relations intimes de la vie d'une femme ainsi que l'endroit et la nature du travail rémunéré de la femme, à savoir si elle travaille dans une petite

SUITE À LA PAGE 3

## DANS CE NUMÉRO

### POSSIBILITÉS ET DÉFIS LIÉS À UN MODE DE VIE SAIN

4 Un sain équilibre : Le travail rémunéré et non rémunéré des femmes en Nouvelle-Écosse

6 Une bonne qualité de vie : Les femmes autochtones, l'identité culturelle et le bien-être

9 Minobimadzwin : La bonne vie des femmes autochtones

11 Avantages liés à l'activité physique chez les filles et les femmes

### CONTEXTE D'UN MODE DE VIE SAIN

12 Femmes travaillant dans de petites entreprises

15 Restructuration des soins de santé, réforme agricole et expériences des femmes vivant en milieu rural avec le travail rémunéré et non rémunéré

18 Créer des logements convenant à un mode de vie sain : Une comparaison des modèles de logement pour les femmes

### PROMOTION D'UN MODE DE VIE SAIN

19 Un mode de vie sain et les femmes autochtones : La tension entre les preuves tangibles et la logique souple

24 Agir : Mobiliser les collectivités afin d'offrir des services de loisirs aux femmes à faible revenu

26 Meilleures pratiques : Approches prometteuses d'abandon du tabac durant la grossesse

29 Avons-nous une valeur aux yeux de la société? Les politiques d'aide sociale de la Saskatchewan et la santé des femmes

31 Tenir compte des rapports sociaux entre les sexes dans la planification de la santé

